UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1942-1943 — N° 12

CHANCRE SYPHILITIQUE DU COL ET GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Juin 1943

PAR

Mademoiselle Simonne, France FAIVRE

Née le 12 Août 1916, à Bordeaux (Gironde)

Examinateurs de la Thèse — MM. JOULIA, professeur, *Président*; CREYX, professeur; RIVIÈRE, professeur; MAHON, agrégé — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1943

FAIVRE (Simonne France)

Chancre syphilitique du col et grossesse. — Bordeaux, impr. J. Péchade, 1943. In-8°, 87 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux*, 1942-1943, *n°* 12.)

.....

FAIVRE (Simonne France)

Chancre syphilitique du col et grossesse. — Bordeaux, impr. J. Péchade, 1943. In-8°, 87 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux*, 1942-1943, *n°* 12.)

.....

FAIVRE (Simonne France)

Chancre syphilitique du col et grossesse. — Bordeaux, impr. J. Péchade, 1943. In-8°, 87 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux*, 1942-1943, *n°* 12.)

.....

FAIVRE (Simonne France)

Chancre syphilitique du col et grossesse. — Bordeaux, impr. J. Péchade, 1943. In-8°, 87 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux*, 1942-1943, *n°* 12.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536503_0087

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1942-1943 — N° 12

CHANCRE SYPHILITIQUE DU COL ET GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Juin 1943

PAR

Mademoiselle Simonne, France FAIVRE

Née le 12 Août 1916, à Bordeaux (Gironde)

Examinateurs de la Thèse : MM. JOULIA, professeur, *Président* ; CREYX, professeur ; RIVIÈRE, professeur ; MAHON, agrégé — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC

ASSESSEUR : M. LABAT

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGES, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS
DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et Gynécologique	JEANNENEY,	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopedie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique d'Accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	N.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	MAGENDIE.
Physiologie	FRANCK.	id.	POUYANNE.
Médecine Générale	PIÉCHAUD.	Obstétrique	N.
id.	DE GRAILLY.	id.	MAHON.
id.	FONTAN.	Ophtalmologie	N.
id.	BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DERVILLÉE.	Dermatologie et syphiligraphie	N.
id.	SARIC.	Physique médicale	N...
id.	DUBARRY.	Chimie Générale pharmaceutique et toxicologie	CASTAGNOU.
Chirurgie Générale	LOUBAT.	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
id.	MASSE.	Pharmacie	MESNARD.
id.	DARGET.	id.	GRANGER.
		Histoire natur. médicale et parasitologie	R. MANDOUL.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LOUBAT	Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Accouchements	MAHON.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Botanique	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.	Cryptogamie	GIRARD.
Medecine legale	DERVILLÉE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	LIARD.
Ophtalmologie	N...	Chimie biologique	TAYEAU.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

Afin qu'ils trouvent ici l'expression de toute mon affection et de ma reconnaissance.

A MES FRERES ET SŒURS

A MES AMIS ET CAMARADES D'ETUDE

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A qui j'exprime ici ma vive reconnaissance pour leur précieux enseignement.

A Monsieur le Docteur BALARD

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MATERNITÉ DE BORDEAUX

En témoignage de notre reconnaissance pour l'aide qu'il nous a donnée et pour l'aimable accueil qu'il nous a toujours fait.

A Mon Président de Thèse

A Monsieur le Professeur JOULIA

Professeur de clinique des maladies cutanées
et syphilitiques
Officier d'académie

Inspirateur de ce modeste travail, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous a aidé de ses conseils, et que nous remercions bien vivement de son enseignement et de sa bienveillance à notre égard.

CHANCRE SYPHILITIQUE DU COL UTÉRIN ET GROSSESSE

La grossesse chez une femme présentant un chancre syphylitique du col évolue tantôt d'une façon normale, tantôt de façon pathologique.

Le chancre du col provoque parfois, au moment de l'accouchement, une dystocie importante par rigidité du col et anomalie de la dilatation. Ce sujet nous a paru intéressant et nous nous proposons de le traiter dans notre thèse.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux femmes atteintes d'un chancre syphilitique du col, l'une à la maternité de Pellegrin, dans le service du docteur Balard, l'autre malade du docteur Mahon, à Canolle.

Cette lésion amena une rigidité considérable du col, qui mit un obstacle invincible à l'accouchement et nécessita une césarienne. Ce sont ces deux observations qui nous ont fourni les éléments de notre thèse, que nous avons entreprise sur les conseils de notre maître, le Professeur Joulia, appelé en consultation auprès de ces deux malades, et grâce à l'aide bienveillante de notre maître, le docteur Balard, dans le service duquel nous avons pu rester toute une année et qui nous a familiarisé avec l'art des accouchements.

Nous avons réuni ces deux cas récents à des cas analogues qui ont fait le sujet de travaux déjà nombreux.

PLAN

Historique.

CHAPITRE I

Etiologie.

CHAPITRE II

Etude clinique.

Symptomatologie : Rappel de l'aspect du chancre du col :

a) en dehors de la grossesse;

b) pendant la grossesse.

CHAPITRE III

Diagnostic positif et différenciel.

CHAPITRE IV

Influence du chancre du col sur l'accouchement.

a) Accouchements normaux : Observations.

b) Accouchements dystociques : Observations.

c) Comparaisons des dystocies.

Importance de la sclérose du col.

CHAPITRE V

La délivrance. Suites de couches, placenta et lésions des membranes.

Action du chancre du col sur le produit de la conception.

CHAPITRE VI

Pronostics pour la mère et pour l'enfant.

CHAPITRE VII

Traitement :

Médical,

Chirurgical.

CHAPITRE VIII

Interventions pratiquées : Expositions. Discussion. Conclusion.

HISTORIQUE

L'influence du chancre syphilitique du col sur la grossesse et l'accouchement n'a été étudié que récemment.

François Mauriceau, en 1712, au chapitre : « *De la maladie vénérienne des femmes grosses* », publie une longue liste d'observations parmi lesquelles on trouve d'indubitables cas de contagion toute récente, en particulier les cas 265 et 567 qu'il présente comme accidents primitifs du col et dont le diagnostic fut porté au cours du travail.

On trouve dans les Mémoires de Mme La Chapelle dans « *La Pratique des accouchements en* 1825 », l'observation d'une femme porteuse d'une rigidité du col qui semble être d'origine syphilitique,, bien que le diagnostic n'ait pas été posé :

« L'orifice utérin est à peine ouvert, d'une dureté cartilagineuse. Forceps après échancrure profonde du col. Mort de la femme par péritonite. »

En 1862, Godefroy publie, dans la « *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* », l'observation d'une femme de 22 ans, enceinte de sept mois : « Atteinte de végétations ayant leur siège à la vulve, dans le vagin et jusque sur le col utérin. »

On dut pratiquer une incision sur le col.

Bien que la syphilis ne fut pas mise en cause par cet auteur, il semble s'agir de lésion spécifique.

Mais c'est seulement en 1868 que Putégnat indique nettement dans le « *Journal de médecine de Bruxelles* », la

dystocie par induration syphilitique du col de l'utérus, illustrée par cinq observations.

A la suite de ces travaux, Chiara, Martinetti, publièrent des observations à ce sujet.

En 1873, le professeur Charliéoni publie un cas d'induration scléreuse du col due à une syphilis datant de quatre mois.

En 1875, Fournier donne une remarquable description du chancre syphilitique du col qui avait été confondu, pendant longtemps, avec le chancre mou.

En 1881, cas de Welponer; de Moussous, en 1883; de Lugeol, en 1885.

Doléris et son élève Mesnard, dans les « *Archives de tocologie* », en 1885, montrent que le chancre du col prolonge la dilatation ou même l'empêche de se produire.

Fasola, agrégé de l'Institut obstétrico-gynécologique de Florence, a publié, en 1884, une importante observation sur une variété rare de sclérose généralisée d'origine syphilitique.

En 1891, Blanc, dans les « *Archives de tocologie* », reprend le sujet et arrive aux mêmes conclusions.

En 1891, Maygrier fait le diagnostic de la sclérose syphilitique chez une femme dont la syphilis datait de trois mois.

Thèse de M^me^ Mesnard, 1884; de Le Camus, 1891; de Le Bigot, 1891; de Ferouelle, 1901-1902.

Travaux de Tarnier, « *Journal des sages-femmes* », 1893.

Travaux de Martin, « *Normandie Médicale* », 1896.

Leçons de Maygrier, 1893.

Leçons du professeur Pinard, 1899.

Thèse de Saias, en 1907.

En 1905, Martin, préconise l'intervention directe sur l'utérus, l'opération de Porro, l'opération césarienne.

Le professeur Proust publie une observation où il préconise la césarienne qu'il réalise, du reste, dès 1906, dans le service du professeur Pozzi, césarienne suivie d'hystérectomie chez une femme présentant une sténose syphilitique du col.

Rudaux, dans le « *C. R. de la Société d'obstétrique* », d'octobre 1904, cite l'observation d'une femme présentant un chancre du col avec accouchement spontané.

Brossart, en 1905, dans « l'*Echo médical du Nord* », rapporte le cas d'une femme syphylitique depuis une date récente présentant une sclérose généralisée du col dont l'accouchement se termina de façon naturelle, mais avec un enfant mort.

Vinay, dans « *Maladies de la grossesse et des suites de couches* », étudie la relation entre syphilis et grossesse.

Lantuéjoul, dans « *Gynécologie et obstétrique* », d'août 1920, décrit la symptomatologie et l'évolution du chancre du col chez la femme enceinte et cite l'observation d'une malade présentant un chancre circulaire du col non traité. Césarienne vaginale. Mère et enfant vivants.

En 1920, parut le livre d'Ozenne, sur la sypphilis des organes génitaux de la femme.

En 1923, Rivolaen étudie les manifestations primitive et secondaire du col utérin (*Thèse de Bordeaux*).

Vignes, en 1924, dans le « *Journal des praticiens* », indique le traitement de la syphilis au cours de la gestation. Il donne la préférence aux arsénobenzènes, qui ont une action plus rapide et plus énergique.

Guyot, Guérin, M^lle^ Dubreuilh, dans le « *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* », de juillet 1927, publient l'observation d'un chancre du col, diagnostiqué au deuxième mois de la grossesse et rapidement amélioré par le traitement.

En 1930, parut la thèse de Blazy, à Bordeaux, sur le chancre induré du col utérin.

Beckers, dans le « *Scalpel de Bruxelles* », du 22 octobre 1933, montre l'aggravation de la syphilis par la grossesse et préconise un traitement très énergique.

Fernet et Faulong, décrivent le chancre syphilitique au passage.

Le professeur Joulia, dans la « *Prophylaxie antivénérienne* » , d'octobre 1935, et « *Paris médical* », du 7 mars 1936, p. 213, décrit le chancre syphilique du col en dehors et pendant la grossesse. Le professeur Petges, dans le même journal, passe en revue les divers traitements modernes de la syphilis et leur évolution constante.

Taburet, dans sa thèse de Bordeux, 1934-35, précise la valeur de la réaction de Wassermann au cours de la puerpéralité.

Jeannin et Ecale décrivent l'influence de la syphilis sur la délivrance et les suites de couches.

Enfin, nous citerons les travaux de Gaté, 20 mai 1937, dans le « *Journal de médecine de Lyon* ».

Vignes, dans le traité « *Maladie des femmes enceintes* », étudie syphilis et grossesse. Il note l'aspect particulier du chancre, envisage les possibilités d'accouchement et les diverses complications qui peuvent survenir.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

D'après Fournier, le chancre utérin est un chancre bien plus commun qu'on ne le suppose généralement. Témoin la statistique suivante, relevée de 249 cas de chancres syphilitiques observés chez la femme.

Chancre des grandes lèvres, 114.
Chancre des petites lèvres, 55.
Chancre de la fourchette, 38.
Chancre du col utérin, 13.
Chancre de la région clitoridienne, 10.
Chancre de l'entrée du vagin, 9.
Chancre du méat urinaire, et de l'urètre, 7.
Chancre de la vulve, 2.
Chancre du vagin proprement dit, 1.

Selon Fournier, les chancres du col figurent au quatrième rang sur un total de 249 chancres génitaux, il y en a 13 du col, ce qui donne une proportion de un chancre du col sur dix-huit chancres d'autres régions, soit, environ, 5 p. 100.

Ozenne cite, en 1921, dans son Traité, la proportion de 9,65 p. 100.

La même année, Meyer, en Allemagne, compte 15 p. 100.

Marriott et Morrisson, en Amérique, en 1934, 14 à 18 p. 100.

Minaire, dans sa « *Thèse de Lyon* », en 1932, rapporte deux statistiques, l'une de Lyon, du professeur agrégé Gaté, compte 18,64 p. 100 (11 chancres du col sur 59 accidents primitifs génitaux) ; l'autre, du docteur Laurent, de Saint-Etienne, qui atteint le chiffre considérable de 41,66 p. 100 (10 chancres du col pour 24 accidents primitifs génitaux).

A Bordeaux, le professeur Joulia rapporte, dans le « *Journal de prophylaxie antivénérienne* » d'octobre 1935, la statistique de l'hôpital de la Salubrité, portant sur les huit dernières années depuis 1927, jusqu'à fin mai 1935. Sur 80 chancres syphilitiques génitaux ou extra-génitaux, 31 primitifs du col, soit, 38,75 p. 100, pour 9 du vagin, soit 11,25 p. 100. Les chancres du col se montrent donc presque aussi fréquents que les accidents primitifs, comptés en général.

La fréquence réelle de ce chancre est certainement bien supérieure à sa fréquence apparente. En effet, cette lésion passe souvent inaperçue parce qu'elle n'est ni visible, ni sensible, qu'elle ne donne l'éveil par aucune symptomatologie et guérit spontanément et avec rapidité. Pour expliquer sa rareté apparente, il faut incriminer l'absence d'examen approfondi chez les femmes atteintes de syphilis récente où l'accident primitif reste inaperçu. En fait, il existe : « des accidents primitifs soustraits au regard d'un examen vulvaire sommaire, discrètement cachés, siégeant profondément sur le col utérin ». Il faut donc pousser les investigations au-delà de la vulve, de la marge de l'anus, de la cavité buccale.

C'est chez les prostituées que l'on observe le plus souvent le chancre du col, en raison de la visite périodique à laquelle elles sont soumises.

Pendant la grossesse, le chancre du col est plus rare encore, bien que le nombre des observations publiées jusqu'à ce jour soit assez considérable.

De nos jours le dépistage de la syphilis dans les consultations anténatales est systématiquement poursuivi et les lois sociales obligent les femmes enceintes à se faire examiner pendant la grossesse, ce qui rend plus aisé la reconnaissance de cette lésion.

Causes prédisposantes à la localisation de la syphilis au niveau du col.

La grossesse ne semble pas prédisposer le col à la contamination syphilitique. Cependant, les déchirures du col chez les multipares favorisent la localisation syphilitique initiale des tréponèmes en cet endroit.

Les glandes du col, la déclivité naturelle du vagin, la température constante influent sur la localisation cervicale de la syphilis. Toute lésion, même minime, du col sert à la fois d'appel et de porte d'entrée au virus : érosion préexistante de métrite cervicale gonococcique, herpès ulcéré, prolopsus utérin.

L'état de grossesse avancée restreint généralement les rapports sexuels et diminue les possibilités d'infection spécifique.

Pour que le chancre persiste au moment de l'accouchement, il faut que la contamination soit tardive. En effet, le chancre apparaît de vingt à vingt-cinq jours après le contact infectant, mais alors qu'en dehors de la grossesse le chancre du col, même spontanément, se modifie, se cicatrise et perd vite ses caractères pathognomoniques, chez la femme enceinte, il persiste deux mois et plus. On l'a même trouvé cinq mois après son début dans l'observation de P. Lantuéjoul.

On peut donc admettre que si le chancre est apparu dans les derniers mois de la grossesse, nécessairement, il existera encore au moment de l'accouchement et il pourra en résulter des modifications importantes dans les phénomènes du travail.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Description du chancre syphilitique du col en dehors de la grossesse

d'après Fournier et Ricord.

Le chancre est l'accident primaire de la syphilis.

Après une incubation de trois semaines en moyenne, le chancre apparaît au point où s'est faite l'inoculation dans la zone génitale le plus souvent.

Dans la statistique précédemment citée du professeur Petges et du professeur Joulia, on le trouve dans 38,75 p. 100 des cas sur le col utérin.

Siège. — Le chancre du col est une ulcération centrale ou excentrique par rapport à l'orifice de l'organe. Central, il confine à cet orifice dont il occupe l'une ou l'autre lèvre, souvent même l'une et l'autre à la fois ; excentrique, il affecte des points très divers, de préférence, cependant, la lèvre antérieure. Il se prolonge parfois dans la cavité du col, Marcek donne la statistique suivante :

Sur 24 cas de femmes syphilitiques :

Huit fois le chancre a siégé sur la lèvre inférieure.

Sept fois au pourtour de l'orifice externe.

Quatre fois sur la lèvre postérieure.

Trois fois isolément sur l'une ou l'autre lèvre.

Deux fois à l'entrée du canal cervical.

Nombre. — Le chancre du col est presque toujours unique. Il a été trouvé double deux fois sur 13 cas par le professeur Fournier.

Forme. — N'a rien de spécial. Le chancre excentrique est généralement arrondi ou ovalaire. Le chancre central décrit le plus souvent un cercle incomplet autour de l'orifice du col. Quelquefois, il l'encadre complètement, d'autres fois, il n'est que tangent à cet orifice et latéral par rapport à lui. Comme forme, il est comparé à une amande, à un croissant, à une feuille de trèfle.

Etendue. — Est en moyenne d'une amande, d'un noyau d'abricot, d'un haricot, d'une lentille. Dimension de quelques millimètres à un ou deux centimètres de diamètre.

Aspect, couleur. — Le chancre du col se présente sous forme d'une lésion superficielle plate ou papuleuse, suivant qu'il s'agit d'un chancre érosif ou papulo-érosif. Cette érosion est lisse et unie à sa surface. Elle se présente presque toujours avec une couleur rouge chair musculaire, « parfois avec une teinte grise, d'un gris lardacé, tout à fait comparable à la coupe à des tumeurs squirrheuses, qui tranche fortement sur la coloration physiologique des parties ambiantes ».

Cette teinte grise peut virer au blanc grisâtre ou même au blanc mat, parfois au gris jaunâtre. La fausse membrane du chancre intimement adhérente peut être enlevée par frottement. Au-dessous d'elle, l'ulcération a un aspect chair musculaire et saigne facilement au contact.

Plus rarement, on observe des chancres ulcéreux à fond rouge, saignant facilement, à bords taillés à pic, des chancres bourgeonnants hypertrophiques d'une dureté particulière, chancres infectés secondairement, congestionnés, violacés, qui s'accompagnent d'œdème de voisinage. Des soins d'hygiène locale suffisent à redonner au chancre son aspect classique.

Bords. — Pas plus que le chancre syphilitique d'autre siège, le chancre du col n'a de bords à proprement parler.

Son contour est formé par une collerette plus ou moins régulière, rouge, qui rend d'autant plus manifeste le ton blanchâtre pâle des parties centrales de la lésion.

Secrétion. — Sérosité claire, abondante, mais passant souvent inaperçue car elle se mêle aux secrétions habituelles de l'utérus et du vagin.

Indolence absolue. — Le chancre ne détermine aucune douleur. Il ne donne en rien l'éveil sur son existence. C'est donc par hasard qu'on le découvre. Il faut le rechercher pour en faire le diagnostic.

Induration. — Etat de la base, état du col sont très difficiles à percevoir. Dans certains cas, on peut constater un certain degré d'hypertrophie avec dureté du col utérin. L'induration peut parfois être absente. Ricord signalait : « Qu'au delà de l'anneau vulvaire, l'induration perd de sa résistance, de sa netteté, peut même disparaître ». Elle doit être recherchée au doigt ou avec une pince longue et différenciée de la fermeté du col.

Durée. — Fournier estime que le chancre du col n'a qu'une existence éphémère. Selon lui, il se répare facilement, si bien que pour le constater, il faut arriver juste à point et le surprendre dans sa courte période d'existence.

Cependant, à considérer les observations publiées, il ressort que l'évolution dure deux à trois semaines, souvent davantage, certains chancres persistent même jusqu'à l'apparition des accidents secondaires.

Après cicatrisation, il reste une certaine rougeur locale, un peu d'induration, puis, bientôt, tout disparaît; la lésion ne laisse pas de stigmate et, de ce fait, ne permet pas le diagnostic rétrospectif.

Etat des ganglions. — On considérait que le chancre du col âgé de un à deux septenaires était accompagné d'une adénopathie satellite constante, nécessaire, fatale selon le mot de Ricord. Mais grâce aux recherches anatomiques

récentes entreprises dans le but de déterminer le mode de propagation du cancer du col, on sait que les lymphatiques du col et de la moitié postérieure du vagin se rendent aux ganglions lombaires et pelviens : « L'adénopathie dans la règle est pelvienne et par suite impossible à déceler », disait Janselme et Lefèvre dans le *Traité de Syphiligraphie*. En réalité, on n'a pas recherché les ganglions pelviens parce qu'on les croyait inaccessibles cliniquement.

Clément Simon a observé chez trois malades atteintes de chancre syphilitique du col l'existence d'un ou de deux ganglions pelviens soit à droite, soit à gauche, du volume d'un noyau de cerise au maximum. Mais pour rechercher ces ganglions, il faut utiliser une technique spéciale pour le toucher vaginal : « il faut introduire les deux doigts dans le fond du cul de sac latéral, le plus loin possible, tourner les pulpes en dehors et les ramener, les promener d'arrière en avant, légèrement fléchies sur la face quadrilatère de l'os iliaque. Les doigts, surtout le médius qui va plus loin, rencontre la petite masse sphérique et l'entraînent en avant en la laissant glisser sur la surface osseuse, doublée à ce niveau du muscle obturateur et de l'aponévrose pelvienne ». (Clément Simon.)

Ce ganglion répond à celui que Leveuf et Godard ont décrit sous le nom de ganglion principal des lymphatiques de l'utérus. « Les lymphatiques du col et du corps de l'utérus convergent vers un point situé sur le bord de l'utérus immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale. Le faisceau des collecteurs suit d'abord l'artère utérine pour se diriger vers la paroi externe du bassin. Mais, arrivé à la jonction des 2/3 internes et du 1/3 externe du ligament large, les troncs lymphatiques abandonnent l'artère pour se diriger franchement en dehors et un peu en avant. Ils se heurtent alors à l'artère ombilicale qu'ils chevauchent pour se jeter dans un ganglion, le ganglion principal dont le siège est assez constant. Les efférents de ce ganglion

contournent les vaisseaux iliaques externes et remontent en dehors des vaisseaux iliaques primitifs jusqu'au bord externe des gros vaisseaux prévertébraux (aorte à gauche, veine cave inférieure à droite). La chaîne occupe dans son ensemble un trajet paravasculaire externe. Puis les chaînes des deux côtés contournent les gros vaisseaux pour se réunir sur la ligne médiane en un tronc commun rétrovasculaire qui aboutit à la citerne de Pecquet ».

Donc, ce ganglion est unique ou double, toujours volumineux.

Sa situation est constante; cependant, il peut être en situation haute et il repose alors sur la veine iliaque externe ou en situation basse en rapport avec le nerf obturateur à 2 cm. de la ligne inominée dans un plan horizontal à 5 cm. de l'épine sciatique.

L'existence de l'adénopathie pelvienne des chancres du col a une importance doctrinale et diagnostique pratique : il est pathognomonique du chancre du col et n'existe pas dans les métrites par exemple.

Ce ganglion peut être le témoin posthume d'un chancre du col cicatrisé; il permet de supposer l'existence d'un chancre intra-utérin dans certains cas de syphilis décapitée.

Il y a également des anastomoses lymphatiques entre le col, le vagin et les ganglions inguinaux, ce qui explique que le chancre du col peut se traduire par une adénopathie inguinale. D'après l'opinion du professeur Joulia, elle n'existe que dans environ la moitié des cas, donc une fois sur deux, on ne pourra confirmer le diagnostic par l'existence de ganglions hypertrophiés perceptibles dans les aines.

Le chancre du col pendant la grossesse

Le chancre du col, comme d'ailleurs les autrees manifestations génitales de la syphilis, offre une symptomatologie très particulière pendant la grossesse : intensité et persistance des lésions.

Maygrier remarque que l'influence de la grossesse sur les lésions syphilitiques se traduit par leur hypertrophie et leur prolongation. C'est ainsi que le chancre reste volumineux, s'éternise.

Cette influence de la grossesse ne s'exerce que sur les chancres génitaux et paragénitaux, les chancres extra-génitaux de la femme enceinte évoluant au contraire selon le type normal.

Augagneur a pu constater chez une femme enceinte un chancre de l'amygdale, et, dans une autre circonstance, un chancre de la lèvre qui, l'un et l'autre, ont évolué selon le type habituel.

Quelle est la cause de cette hypertrophie ? Faut-il la chercher avec Doléris dans l'hyperhémie permanente des organes génitaux, qui augmente activement le mouvement nutritif, ou dans la congestion passive provenant de la stase vasculaire qui succède à la compression des vaisseaux pelviens ? C'est du reste une loi générale que toutes les tumeurs qui existent dans la région sexuelle subissent du fait de la gravidité un effet hypertrophiant. Les varices de cette région deviennent également turgescentes et douloureuses. Les papillomes de la vulve, des plis génitaux crureaux et interfessiers sont particulièrement florides. Les condylomes, les plaques muqueuses hypertrophiques atteignent parfois des dimensions considérables.

Mais peut-être y a-t-il plus qu'une question de vascularisation. L'aggravation de toute l'évolution syphilitique pendant la grossesse en ferait foi. Chez les femmes enceintes, toute infection quelle qu'elle soit prend une gravité plus grande du fait de la moindre résistance du terrain.

Selon le même observateur, le chancre génital subit d'autant plus l'action aggravante de la grossesse qu'il apparaît à une époque plus avancée de la gestation.

« Un chancre existant depuis 15 jours ou 3 semaines avant la fécondation ou contemporain de cette fécondation se comportera souvent comme si la femme n'était pas

enceinte; il sera presque toujours rendu plus grave s'il apparaît alors que la grossesse date de 3 ou 4 mois. »

Ce qui est vrai du chancre l'est aussi des manifestations secondaires qui peuvent lui être contemporaines : les syphilides anovulvaires, les plaques muqueuses affectent une forme bourgeonnante parfois condylomateuse.

La durée d'incubation est la même.

Siège. — Comme nous l'avons vu précédemment, est des plus variables, mais il occupe fréquemment la lèvre antérieure.

Nombre. — Tantôt unique, tantôt deux chancres siégeant en même temps sur le col, ou bien il y a coïncidence d'un chancre du col et d'un ou plusieurs chancres à la vulve.

Dimensions. Forme. — Le chancre s'hypertrophie au point de devenir un véritable chancre géant. Il évolue vite, s'érode, s'exulcère. Il peut envahir tout le pourtour du col, remonter sur plusieurs centimètres dans le segment inférieur.

Il a la forme d'une noisette dans l'observation de Dolé-ris, d'une nappe de sclérose un peu saillante à surface dure, irrégulière et offrant l'aspect d'un triangle allongé dont la base se perdait sur le col dans l'observation de M. Blanc, forme en virole dans l'observation du docteur Balard.

On conçoit tout l'intérêt qui s'attache à la disposition de la tumeur. Ce sont ces caractères qui déterminent l'opportunité de l'intervention.

Couleur. — « La grossesse, dit Fournier, imprime au chancre des modifications spéciales. Elle le rend livide, brunâtre et parfois même très exactement violet, d'un violet noir qui rappelle tout à fait le ton de cette belle fleur de nos jardins qu'on appelle vulgairement la pensée.»

Il prend parfois un aspect multicolore, chancre en cocarde.

Aspect. — Ulcération peu profonde entourée d'un liseré rouge. Le fond du chancre est bourgeonnant, parfois tapissé de fausses membranes et grisâtre. Les chancres de l'appareil génital s'infectent souvent, ils deviennent phagédéniques.

Bords. — Nets, non décollés.

Sécrétion. — Le chancre s'accompagne volontiers d'une sécrétion fétide, malodorante.

Indolence. — Complète.

Induration. — Dureté caractéristique, rappelant celle du tissu cartilagineux ou du bois d'autant plus nette que le reste du col est plus mou.

Dans l'exemple rapporté par Le Bigot, « le col était bosselé, irrégulier, long, fermé, si bien que l'on crut toucher un pessaire ».

Une sensation analogue a été donnée par le col dans le cas récent du docteur Balard.

L'induration peut envahir le col entier, déborder même sur le corps de l'utérus et le segment inférieur. (Observation de Fasola.)

Charliéoni dit à ce sujet en parlant d'une de ses malades : « Le segment inférieur de l'utérus était considérablement épaissi, tendu, d'une dureté qui s'étendait tout autour de l'orifice à un centimètre des bords, et plus spécialement en avant. »

Presque toujours on a noté de l'œdème accompagnant l'induration plus limitée.

Etat du col. — Au spéculum, le col apparaît très volumineux, rouge vineux, violacé.

Durée. — La durée de la lésion chancreuse est prolongée du fait de la grossesse : deux mois et 21 jours, selon Gertanesco; cinq mois dans l'observation de Lantuéjoul. La durée moyenne est de deux mois; il peut même persister, selon Manuellan, depuis le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement s'il n'est pas traité.

Etat des ganglions. — Ne pas tabler d'une façon constante sur l'existence de l'adénopathie qui manque dans la moitié des cas.

Absence de chancre. — Selon certains auteurs, tels que Diday, Ricord, dans certains cas fort rares, le chancre n'apparaît pas et le diagnostic ne se fait que tardivement, voire même au moment de l'accouchement. C'est ce que Fournier appelle une syphilis décapitée.

Cette théorie a été controversée. L'absence du chancre au cours de la syphilis maternelle ne doit être acceptée qu'avec une grande prudence, car on sait la fréquence des chancres féminins passant inaperçus, cachés dans le canal cervical, masqués par des lésions de métrites ou occupant un siège extra-génital. Ces syphilis sans accidents primitifs ne s'accompagnent généralement pas d'hypertrophie des ganglions. De nombreuses observations de Chatellier, de Gougerot, de Milian, Schulmann, Renault et d'autres de syphilis décapitée sans chancre viennent appuyer ces faits et actuellement on ne peut douter de leur existence.

Dans le *Journal de Médecine de Bordaux,* publié à l'occasion des Journées prophylactiques d'octobre 1935, le docteur Léonnard traite du problème de syphilis sans chancre et conclut que chez les prostituées, à Bordeaux, dans 16 % des cas, il est impossible de déceler le chancre. Cette statistique se rapproche de celle de Saenz de Aja qui admet la proportion de 10 %.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DU CHANCRE SYPHILITIQUE DU COL PENDANT LA GROSSESSE

Le diagnostic rapide a une importance extrême à cause de la nécessité du traitement intensif et précoce pour hâter la disparition de l'induration, prolonger la grossesse, éviter la dystocie au moment de l'accouchement et l'action nocive de la spécificité sur le produit de la conception.

Le diagnostic ne peut être établi que sur les bases suivantes :

1° Les signes cliniques du chancre;

2° Son évolution ultérieure, c'est-à-dire les accidents généraux qui lui succèdent à courte échéance;

3° Les examens de laboratoire, en particulier le B. W. et la recherche des tréponèmes à l'ultra-microscope.

Tantôt on a méconnu le chancre alors qu'il existait réellement, tantôt on a voulu le voir alors qu'il n'existait pas et on l'a confondu avec une érosion inflammatoire banale, avec un abcès du col, avec une fistule tuberculeuse, avec une métrite, surtout avec l'épithélioma.

Le diagnostic se pose aussi avec d'autres tumeurs telles que kyste, fibrôme, myxome, sarcome, etc.

Envisageons le diagnostic différentiel du chancre syphilitique avec quelques-unes de ces diverses affections.

Le *chancre mou* est une ulcération jaunâtre, à fond putride, à bords décollés, irréguliers, à base inflammatoire et suppurante, de consistance molle, douloureuse au toucher. Très rare, sauf en Afrique du Nord.

Au cas d'adénopathie inguinale, on trouve un ou deux ganglions énormes du type inflammatoire qui s'empâtent, deviennent fixes, douloureux, se ramolissent et tendent à suppurer. Localement, on trouve le bacille de Ducrey.

L'*herpès du col* est constituée par un bouquet de vésicules à contours polycycliques. Les vésicules s'ulcèrent et se recouvrent d'un enduit diphtéroïde.

L'*ulcération tuberculeuse* est rare, molle, douloureuse, violacée, à contours irréguliers et parfois décollés, accompagnée de nodules durs et infiltrés. On la rencontre chez un tuberculeux invétéré.

Métrite. — Les chancres assez vastes et bourgeonnants qui s'étalent sur les deux lèvres simulent la métrite érosive. L'absence d'écoulement purulent par l'orifice cervical, l'empiètement de l'érosion au delà des commissures serait un argument en faveur de la syphilis.

Métrite érosive et chancre peuvent, du reste, être associés, la métrite servant de porte d'entrée au tréponème, ce qui complique la distinction entre les deux affections : « Les lésions ulcéreuses de la métrite atténuent, déforment et masquent les caractères cliniques du chancre. »

La recherche des tréponèmes est le plus souvent négative comme dans le chancre mixte, chancrello syphilitique.

Cependant, il existe quelques signes cliniques distinctifs : les contours de l'ulcération de la métrite sont un peu irréguliers, alors qu'ils sont nettement circulaires dans le chancre. Le fond est formé par des bourgeons charnus saignant facilement. Le col est gros, en bouchon de champagne. L'orifice cervical largement entr'ouvert laisse sour-

dre des sécrétions muco-purulentes. La consistance de l'ulcération diffère, mollasse dans la métrite, ferme, indurée, à la fois résistante et élastique dans le chancre.

Epithélioma du col. — Au début, est un diagnostic différentiel important et fréquent. Le chancre du col a souvent été confondu avec un épithélioma, ce qui a eu pour conséquence une intervention chirurgicale fâcheuse.

Il faut penser à celui-ci surtout après la quarantaine, soit qu'avant l'ulcération on trouve dans le col de petites tumeurs saillantes, dures et immobiles, avec parfois infiltration diffuse du col, soit qu'après l'ulcération on se trouve en présence d'une surface ulcérée, friable et molle au toucher, saignant facilement, ou de bourgeons charnus formant une masse fongeuse et irrégulière.

Il peut arriver aussi que, greffé dans la muqueuse du canal cervical, le cancer soulève l'orifice externe formant un véritable ectropion. La biopsie sera souvent nécessaire.

Ces différentes affections éliminées, nous serons en droit de poser le diagnostic de syphilis du col de l'utérus.

Le diagnostic de syphilis devra être fait aux trois périodes :

1° Le chancre volumineux, indolore, avec sa base indurée, avec son plateau ulcéré, gris jaunâtre, entouré d'un bourrelet rouge, saignant légèrement, plus ou moins suintant, accompagné dans certains cas d'une pléiade ganglionnaire inguinale, petite, dure, indolore.

2° Les accidents de la période secondaire. Lugeol émet l'hypothèse que la cicatrice du chancre peut produire les effets du chancre lui-même en pleine évolution. Cela ne paraît pas probable et les observations le démentent.

Mais la sclérose peut suivre le chancre de façon précoce.

Entre le chancre primitif et la sclérose existent tous les états de transition. Ce n'est pas sans raison que l'on peut hésiter à porter un diagnostic ferme. Cependant, il est

difficile d'admettre l'apparition de la sclérose vraie dans les six premiers mois de la maladie.

Les syphilides forment elles aussi des tumeurs ulcérées ou hypertrophiques et bourgeonnantes qui s'indurent et constituent de sérieux obstacles à la dilatation du col.

3° A la période tertiaire, gommes indolentes et dures d'aspect typique.

Le syphilome tertiaire ou sclérose syphilitique du col et du segment inférieur est un infiltration diffuse bien décrite par Putégnat. Cet accident est analogue au syphilome ano rectal. Il constitue une masse volumineuse, cylindrique, qui paraît continuer la portion susvaginale du col. Tout le tissu est sclérosé, sans aucune élasticité. Il constitue, comme le chancre, un obstacle infranchissable, la présentation ne pouvant vaincre cette barrière que par arrachement du segment inférieur ou rupture utérine.

Mais le chancre n'attire pas beaucoup l'attention et si on y pense, c'est souvent parce que l'évolution ultérieure montre d'autres manifestations syphilitiques qui sont plus visibles et plus sensibles : roséole, alopécie en clairière, céphalées, douleurs osseuses, plaques muqueuses, syphilides érosives buccopharyngées ou anovulaires.

Les accidents secondaires peuvent éclater alors que le chancre persiste encore. Cette éventualité est réalisée dans un certain nombre de nos observations. Mais, le plus souvent, le chancre a disparu au moment de l'apparition des accidents secondaires.

Ces accidents sont précoces et exagérés; ils sont particulièrement importants au niveau de l'appareil génital; tenaces, ils persistent alors que de nouvelles lésions se montrent.

Quelquefois on trouve un ou plusieurs chancres à la vulve et en introduisant le speculum on arrive à percevoir la déformation du col.

Même lorsqu'on a examiné la tumeur, le diagnostic peut rester en suspens, surtout si l'on assiste au début et si ce

symptôme est unique. C'est parfois la rupture prématurée des membranes, la dystocie au moment de l'accouchement qui met sur la voie du diagnostic.

Enfin le traitement d'épreuve lèvera les doutes.

Examens de laboratoire

Recherche des tréponèmes. — Dans la plupart des cas, le chancre fourmille de tréponèmes que l'on peut recueillir avec la sérosité de l'ulcération. On provoque l'écoulement de cette sérosité en grattant légèrement la lésion. On fait suivre ce prélèvement d'un examen à l'ultra-microscope.

On peut faire également des frottis fixés et colorés par la méthode de Fontana Tribondeau ou par la méthode de Sabrazès.

Mais souvent il faut multiplier les recherches avant d'obtenir un résultat positif. Le professeur Joulia rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle neuf examens faits à quelques jours d'intervalle les uns des autres ont été négatifs et ce n'est qu'au dixième qu'on a fini par trouver les spirochétes.

B. W. — La réaction de Wassermann semble n'avoir pas une valeur aussi grande durant la grossesse qu'en dehors d'elle. Les réactions serologiques de la syphilis devront être interprétées avec prudence, car on a pu observer des réactions positives dues aux modifications humorales provoquées par la gestation. Cependant, une réaction positive devra attirer toute l'attention du côté de la syphilis, surtout si la malade est porteuse de lésions qui peuvent faire penser à un accident primitif.

Il ne faut pas rejeter, *a priori,* le diagnostic de syphilis, même si à plusieurs reprises les recherches de laboratoire sont négatives. La clinique doit primer le laboratoire. D'autre part, on se rappellera que la réaction de Wassermann peut être positive au cours de certaines maladies

infectieuses, scarlatine par exemple, et de certains états fébriles.

Accessoirement, la *ponction des ganglions* quand ceux-ci existent dans la région inguinale avec recherche des tréponèmes donnerait un résultat supérieur à celui de la simple recherche directe.

La biopsie avec examen histologique et recherche des tréponèmes peut aider également le diagnostic.

Diagnostic du chancre au moment du travail

Se fait avec les diverses rigidités. On distingue trois sortes de rigidité, d'après Maygrier : anatomique, spasmodique, pathologique.

Rigidité anatomique. — Se rencontre chez les primipares âgées à col épais, non douloureux, dur, « coriace ». La muqueuse du col est lisse, saine, ne présente ni tumeur, ni ulcération.

Rigidité spasmodique. — Les bords du col sont minces, tendus, presque tranchants, chauds, douloureux, spontanément et au toucher. La dilatation est lente, mais progresse néanmoins d'une façon sensible.

Il s'agit de femmes nerveuses, excitables, agitées pendant le travail.

Rigidité pathologique. — Est la plus importante. Dans cette variété, les tissus sont altérés primitivement. Le chancre syphilitique du col est susceptible de provoquer cette sorte de rigidité.

Mais il existe bien d'autres causes que celles dues à la syphilis :

Oblitération congénitale du col;
Possibilité d'un rétrécissement cicatriciel;
Hypertrophie et œdème du col;
Abcès du col;
Tumeurs non ulcérées : kyste, fibrôme, sarcome, myxome, cancer.

Nous ne reviendrons pas sur ces diverses affections qui ont déjà été décrites précédemment.

Le diagnostic délicat, mis à part celui du cancer, qui se pose encore à cette période, est celui de sclérose secondaire très difficile à distinguer du chancre et par les commératifs et par l'examen clinique. Dans bien des cas, en effet, il s'agit de syphilis récente avec coexistence même d'un chancre à la vulve. Nous avons vu, en effet, que les accidents secondaires sont précoces et exagérés. Dans certains cas la transition est insensible entre la sclérose et le chancre. On est en présence d'un col gros, mamelonné, lisse et d'une dureté ligneuse, dureté qui se continue un peu sur le corps utérin et qui se distingue du reste du tissu utérin ayant gardé sa consistance normale. Il y a, macroscopiquement, analogie entre la sclérose du col et le chancre.

Diagnostic histologique

Pour instituer le diagnostic ou pour l'affirmer, on peut être amené à faire une biopsie de la tumeur. Que nous montrera-t-elle ?

D'après Fasola : « Le tissu musculaire est remplacé par du tissu conjonctif fibreux, compact, sclérosé, comme celui des fibrômes durs en certains endroits. Dans d'autres, on voit encore quelques fibres musculaires atrophiées au milieu du tissu conjonctif. La sclérose est plus manifeste au milieu de l'épaisseur de la paroi utérine. Dans la partie la plus sclérosée, les voies sanguines sont complètement obstruées, oblitérées par épaississement de la tunique interne et moyenne.Sur une section pratiquée entre la partie sclérosée et la partie semblant saine, on voit une infiltration abondante de tissu conjonctif interstitiel avec prédominance de cellules lymphoïdes sur les fibres. »

« A la place de la muqueuse, on voit un tissu très vascularisé dans lequel dominent de grosses cellules à protoplasma abondant qui doivent être considérées comme des

cellules déciduales. Un grand nombre de ces cellules ont leur noyau repoussé excentriquement par une dégénérescence du protoplasme. » (Rudeaux).

Dans l'observation du docteur Balard le compte rendu de la biopsie est typique : hyperthophie du col utérin, épithélium hyperplasié au-dessous duquel existe du tissu fibreux et granulomateux avec nombreuses trainées de cellules autour des vaisseaux qui semblent engainés par des cellules inflammatoires : lymphocytes, plasmacytes, polynucléaires.

CHAPITRE IV

INFLUENCE DU CHANCRE DU COL SUR L'ACCOUCHEMENT

Certains accouchements se font de façon spontanée.

Nous allons rechercher, en examinant les diverses observations, les causes les plus fréquentes qui permettent un accouchement eutocique ou, au contraire, celles qui prédisposent aux dystocies.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Accouchements normaux

OBSERVATION I

Dans le *Journal de prophylaxie anti-vénérienne,* d'octobre 1935, le professeur Joulia cite le cas d'une prostituée au huitième mois de la grossesse, qui présentait un chancre du col de dimension particulièrement vaste. Il occupait la presque totalité du museau de tanche, centré par l'orifice cervical. Les bords étaient nettement circulaires et la surface offrait un aspect sphacélique putride. L'induration était nettement perceptible. Le traitement spécifique a, d'ailleurs, dès la deuxième piqûre de bismuth oléosoluble, détergé la lésion qui apparaissait alors propre, de couleur rouge vif et avait déjà notablement diminué d'étendue.

Cette femme a, du reste, accouché de façon tout à fait normale.

OBSERVATION II

Chancre syphilitique du col et grossesse par MM. Guyot, Guérin et Mlle Dubreuilh.

Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 1927.

L..., 30 ans, ayant eu deux enfants âgés respectivement de 5 ans et de 3 ans, s'est fait examiner parce qu'elle présentait quelques pertes roussâtres et qu'elle n'était pas réglée depuis deux mois. L'examen a montré au toucher vaginal, un col très volumineux, qui remplit le fond de la cavité vaginale avec orifice externe largement ouvert; sa surface est irrégulière, molle, avec quelques bosselures. Le col est dur dans sa masse. Le corps utérin est gravide. Au spéculum, on décèle sur le pourtour antérieur du col,, quatre ulcérations ovalaires planes, exulcérations plutôt dont la plus grande a environ 1 cm. de longueur, de coloration rougeâtre, un peu cuivrée. Le col, vu de face, énorme est recouvert de sécrétions épaisses, qui n'adhèrent pas, mais au-dessous desquelles le col, ulcéré, saigne : col irrégulier, mamelonné, dont l'orifice externe est obstrué par des bourgeons mous. Cette malade vient d'avoir des rapports avec un syphilitique en pleine efflorescence. Les examens de laboratoire indiquent un BW franchement positif; 10 centigr. d'albumine dans les urines. Le docteur Petges constate en outre l'existence d'une roséole et d'une acnée syphilitique faisant suite à une angine probablement de même nature. Un mois après, à la suite d'un traitement arsenical actif, on ne constate plus qu'un bourgeon au niveau de la lèvre antérieure du col, les autres lésions ont disparu.

Chez notre malade, il s'agit de chancres multiples, quatre sur le pourtour antérieur qui répondent au chancre typique en voie de guérison, un central qui répond beaucoup plus à la forme ulcéreuse décrite par Thibierge et qui tire sans doute son caractre de l'existence de la grossesse concomitante, complication de la syphilis, dirait Fournier. Chez cette malade, un traitement intensif a été institué pour essayer d'éviter l'arrêt de la grossesse et les lésions de sclérose secondaire qui peuvent apparaître précocement après le chancre, huit à neuf mois ou se greffer sur l'induration persistante du chancre et être une cause de dystocie.

OBSERVATION III

Schmid et Roussel *Arrêts d'obst. et gyn. Paris* 1894, IX, p. 410.

Sur un cas de rigidité syphilitique du col de l'utérus.

Cor..., Anna, 21 ans, secondipare.

Grossesse actuelle. Dernières règles le 8 septembre, pendant six-sept jours. Au commencement de juin, elle est prise de céphalée, surtout nocturne, d'un point de côté violent, gênant la respiration, toux depuis une quinzaine, s'accompagnant de fièvres et de frissons. Les phénomènes thoraciques cèdent rapidement après l'application de quelques ventouses scarifiées.

Examen : 6 juillet. Utérus paraissant à terme.

Au toucher, col entr'ouvert à l'orifice externe volumineux, épais, hypertrophié sur toute son étendue, mais surtout au niveau de sa lèvre antérieure, qui est plus dure; pas de bosselures, pas de cicatrices.

Le 12 juillet : On constate sur l'abdomen une eruption très discrètes de macules roses très pâles, difficilement visibles à cause des nombreuses vergetures violacées.

16 juillet, l'eruption s'est accentuée; elle existe aux cuisses et au thorax et surtout aux flancs. On constate dans l'aîne gauche deux ganglions du volume d'une noisette, durs, non douloureux sur l'arcade de Fallope. Les autres ganglions sont très petits, du volume d'un grain de plomb mais perceptibles. M. Doléris qui examine la malade pose le diagnostic de chancre de la lèvre antérieure du col de l'utérus, avec induration de cette région. En examinant la femme au spéculum, on constate sur la lèvre antérieure, deux exulcérations très superficielles, se continuant l'une avec l'autre et présentant aussi une forme en biscuit d'une longueur totale de 1 cm. 5 environ; d'une couleur rouge sang, jaune d'or en certains points périphériques, légèrement surélevées, mais se continuant sans transition avec le reste de la lèvre antérieure qui est dure, volumineuse et régulièrement arrondie. La lèvre postérieure est un peu hypertrophiée et plus dure qu'à l'état normal.

Les douleurs du travail commencent le soir, à 18 h. 30.

17 juillet : Malgré les douleurs fortes et fréquentes, qui se sont succédées toute la nuit, le col présente une dilatation comme 50 centimes seulement. Les bords sont épais, comme si l'effacement ne s'était pas produit. Le soir, la dilatation atteint les dimensions de 5 francs. Les bords sont encore très épais, durs et tendus. La poche des eaux bombe. Les douleurs continuent, fréquentes et fortes. Malgré cela, la dilatation ne

fait aucun progrès. La femme se fatigue; elle est énervée et agitée.

18 juillet : Même état du col. Il y a trente-six heures que la femme est en travail. Nous nous disposons à pratiquer des incisions du col. A ce moment, et avant toute intervention, la malade a une douleur violente et la tête fœtale arrive brusquement au détroit inférieur.

La terminaison de l'accouchement se fit normalement, la tête se dégagea en OP; mais elle eut quelque peine à franchir l'orifice vulvaire, qui était très œdematié.

Après la délivrance, qui fut naturelle et complète, nous constatons une déchirure du col utérin à gauche, remontant jusqu'au cul de sac vaginal. La vulve présente trois déchirures superficielles. Enfant vivant, bien constitué, pesant 3.500 gr-

Annexes : Placenta, 500 grammes; membranes intactes, liquide amniotique vert.

19 juillet : La roséole s'est effacée, l'état général est très bon. Le chancre existe encore, la lèvre antérieure est toujours dure et œdématiée.

2 août : Température du soir oscille aux environs de 38°.

Le chancre présente une légère exulcération de très petit volume.

10 août : Le col est revenu à ses dimensions normales.

On ne distingue pas de trace du chancre; la déchirure, non complètement cicatrisée, est encore rouge vif, ainsi que l'orifice externe, dont le pourtour présente une légère exulcération.

15 août : La malade quitte l'hôpital. L'état général est bon.

OBSERVATION IV

Rudaux. C. R. Société d'Obstétrique. Octobre 1904.

(Résumée)

Secondipare de 21 ans présentant un chancre du col avec induration sur la lèvre antérieure se prolongeant sur la lèvre postérieure et qui fut traitée 15 jours. Le travail dura 10 heures. L'enfant, bien qu'à terme, pesait 1 kg. 540 et mourut le lendemain.

OBSERVATION V

Thèse Le Bigot, 1899 (résumée).

B..., Marie, deuxièmipare, 32 ans. Pas d'antécédents pathologiques. A 30 ans, première grossesse à évolution normale.

Grossesse actuelle : Dernières règles du 15 au 17 août 1898. A son entrée dans le service, on constate sur tout le corps des taches cuivrées de syphilis, que la malade dit avoir remarquées elle-même depuis quinze jours environ. Elle présente en même temps des plaques muqueuses à la vulve et des ganglions inguinaux accusés surtout du côté gauche. Elle se plaint d'avoir des maux de gorge depuis le 11 avril. Elle s'est mariée le 27 mars 1898, mais elle connaît son mari depuis le mois d'août 1897. Il était bien portant à cette époque. Il entre en novembre à Saint-Louis, où il est reste en traitement jusqu'au jour de son mariage; depuis sa sortie, il ne se soigne plus. Au palper on trouve la tête en bas, mobile, le dos à droite, enfant vivant.

Au toucher, le col présente une induration ligneuse, il est bosselé, irrégulier, long, fermé, si bien que M. Bigeix croit toucher un pessaire.

Le 1er avril, M. Pinard pratique l'examen au spéculum.

Le col est rouge, œdematié et présente sur la lèvre postérieure une ulcération dont le fond est grisâtre et tapissé de fausses membranes. La malade est soumise immédiatement au traitement anti-spécifique.

Le 25 avril, à minuit, la femme ressent les premières douleurs. A l'examen : Sommet qui s'engage en droite transverse, col en voie d'effacement ne présentant plus la dureté ligneuse initiale. L'orifice est dilaté comme une pièce de 50 centimes. Les membranes sont intactes. Les contractions sont régulières toutes les vingt minutes. Le 26 avril, à 7 heures du matin, la dilatation est d'un peu moins de 1 franc. Le col incomplètement effacé, donne encore au doigt la sensation d'un bourrelet irrégulier et dur. Les contractions deviennent plus rares. A 2 heures du soir, le col est dans le même état et la dilatation n'a pas progressé. M. Pinard ayant examiné la femme, prie M. Funck de faire des incisions. A 3 h. 15, M. Funck pratique quatre incisions de un centimètre sur quatre points de l'orifice. La malade souffre toutes les quinze minutes environ.

A ce moment, en pratiquant le toucher, on constate que les bords de l'orifice sont revenus sur eux-mêmes. A 7 h. 30, rupture spontanée des membranes.

A 8 heures, dilatation inférieure à 2 francs.

A partir de 6 heures du soir,, les contractions deviennent excessivement rares et courtes. A 9 h. 15, la dilatation est stationnaire. A 9 h. 15, on fait une injection à 43° entre la tête fœtale et l'orifice. A 10 heures, les contractions, devenues plus fréquentes, se succèdent de cinq en cinq minutes. Pouls, 112. Température 37. Les contractions s'espacent petit à petit; on donne une nouvelle injection chaude à 50°. Pouls 100. Température 37°3. A 2 h. 15, la dilatation dépasse le diamètre d'une pièce de 2 francs. On fait des injections fréquentes. Les douleurs apparaissent alors toutes les dix minutes environ, jusqu'à 4 heures du soir. A ce moment, sur les conseils de M. Pinard, M. Funck agrandit les deux incisions antérieures. La dilatation est de 5 francs. Jusqu'à 3 heures, absence totale de contraction; elles reviennent alors toutes les 5 minutes.

A 3 h. 15 (28 avril), la dilatation est un peu plus qu'une petite paume. Pouls 124. Température 37°5.

A 4 h. 30, dilatation grande paume, contractions régulières toutes les 4 minutes. A 6 h. 10, dilatation complète; la femme pousse et accouche à 6 h. 35 d'un garçon ne présentant aucune lésion extérieure. Après sa sortie, il s'écoule de l'utérus un liquide vert extrêmement fétide. Injection vaginale prolongée. Délivrance 35 minutes après l'accouchement, puis injection intra-utérine. Le fœtus pèse 2.170 grammes. Le placenta pèse 360 gr. L'enfant est mis en couveuse. Le 8 mai, il présente une ophtalmie. Il fut traité par des irrigations au permanganate de potasse et des lavages à l'eau boriquée. A sa sortie, le 23e jour, il pesait 2.540 grammes. Les suites de couches furent normales. Le traitement mercuriel et ioduré fut continué après la délivrance. A son départ, on trouva au toucher que le col était moins dur qu'avant l'accouchement et que les incisions étaient complètement cicatrisées.

OBSERVATION VI

Echo médical du Nord. H. Brossart, p. 315.

Le 5 janvier 1905 entre à la maternité d'Arras Mme L—, 19 ans 1/2, primipare syphilitique.

A l'examen, nous constatons la présence de plaques muqueuses dans la bouche et de syphilides ulcéreuses très nombreuses sur la partie interne des cuisses. L'utérus a les dimen-

sions d'un utérus gravide à terme. Les bruits du cœur fœtal se perçoivent très nettement à gauche. L'enfant se présente par le sommet engagé en OIGA. Au toucher, on constate que le col a conservé toute sa longueur et qu'il paraît très dur; nous ne pouvons mieux comparer sa consistance qu'à celle d'un morceau de bois. Cette dureté ligneuse paraît remonter très haut et même gagner le segment inférieur. La surface est dépolie et donne la sensation du tissu cicatriciel. L'orifice présente également des bords très durs et paraît déformé. Les culs de sacs vaginaux sont normaux. On sent à travers le segment inférieur la tête engagée. On soumet immédiatement la femme au traitement antisyphilitique et on attend.

Le 8 janvier, dans la matinée, la femme entre en travail, puis, brusquement, la poche des eaux se rompt. Les douleurs deviennent assez rapidement fortes et rapprochées. Le soir, on peut constater que le col s'efface très difficilement et reste très épais; l'orifice est à peine entrouvert— Le 11 janvier, après trois jours de travail très pénible, grâce aux contractions utérines énergiques et grâce à de petites incisions du col, une antérieure, une postérieure et deux latérales faites dans un tissu ayant une consistance ligneuse et agrandies par la suite, l'accouchement se fait enfin spontanément par l'expulsion d'un enfant mort, 3 kg. 100. Il présente sur les mains et les pieds des bulles de pemphigus. Le placenta est volumineux, 680 gr., mais ne paraît pas présenter d'altérations bien nettes. Les suites de couches furent bonnes.

Donc, sclérose généralisée du col chez une femme syphilitique depuis une date récente. Accouchement difficile, mais se terminant spontanément par les voies naturelles. Enfant mort.

OBSERVATION VII

Albert Martin. Normandie médicale, 1er février 1896.

Primipare de 20 ans ayant une roséole sans chancre visible et sans traitement préalable. Le travail dure 57 heures, la dilatation fut très lente et très pénible malgré des contractions énergiques. L'observation note que la femme eut tour à coup une sensation de déchirure et de craquement après laquelle le doigt explorateur n'avait plus retrouvé l'espèce de diaphragme formé par le col. L'enfant pesait 3 kg. 030. Il n'est donné aucun renseignement sur les suites de couches.

Résumé des observations. ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS

OBSERVATIONS	PARITE DE LA FEMME	ETENDUE ET LOCALISATION DU CHANCRE	DUREE DU TRAVAIL	ETAT DES MEMBRANES	ETAT DE LA MERE ET DE L'ENFANT	ACCOUCHEMENT	TRAITEMENT	Date du chancre par rapport à âge de la gross.
I. Pr. JOULIA		Chancre occupant presque tout le museau de tanche				Accouchement normal	Traitement entrepris au 8e mois. Amélioration rapide.	Chancre au 3e mois
II. GUYOT GUÉRIN Mlle DUBREUILH	3e ipare	Quatre ulcérations sur le col				Accouchement spontané	Au bout d'un mois de trait. disparition du chancre.	2e mois Roséole
III. SCHMID	2e ipare	Lèvre antérieure du col, induration étendue	36 h.	Pas de rupture prématurée	Enfant vivant, 3 kilogr. 500, mère vivante.	ACCOUCHEMENT Déchirure du col remontant jusqu'au cul de sac vaginal	0	9e mois
IV. RUDEAUX	2e ipare	Lèvre antérieure et une partie de la lèvre postérieure	10 h.		Enfant vécut 1 j. 1 kil. 540, mère vivante	Accouchement spontané	15 jours	9e mois
V. LE BIGOT	2e ipare	Lèvre postérieure. Sclérose étendue. Sensation de pessaire	3 j. 1/2	Rupture à 2 fr.	Enfant et mère vivants, 2 kil. 710	Accouchement spontané Incision du col	10 jours	9e mois Roséole
VI. BROSSART	1er ipare	Consistance ligneuse de tout le col Pas de chancre visible	3 jours	Rupture au début du travail	Enfant mort, lésion syphil.	Accouchement spontané	3 jours	
VII. Albert MARTIN	1er ipare	Roséole Pas de chancre visible	57 h.		Enfant vivant, mère ?	Déchirure spontanée du col	0	

Accouchements dystociques

OBSERVATION VIII

Rigidité du col chez une syphilitique. Opération césarienne vaginale, mort, par M. Oui.

Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. 1913.

N..., Marie, 22 ans, primipare, entre à la clinique le 12 avril 1913, venant du service de médecine où elle était soignée pour syphilis. Elle a présenté dix jours avant une roséole caractéristique. Elle ne peut donner aucun détail sur le début de son affection et *on ne trouve pas trace extérieurement de l'accident primaire.* Cette femme ne se rappelle pas la date de ses dernières règles. L'utérus est haut de 25 cm. Le fœtus vivant se présente par le sommet non engagé en DT. Les membranes se sont rompues prématurément le 11 avril. Traces d'albumine dans l'urine.

Le 13 avril, à 3 heures du matin, début des contractions douloureuses. A 16 heures, le col est effacé, mais forme un bourrelet assez épais et sans souplesse. La dilatation est grande comme une pièce de 1 franc. A 21 heures, les douleurs étant plus fortes depuis 17 heures, on constate que la tête engagée appuie fortement sur l'orifice utérin dont le diamètre atteint les dimensions de celui d'une pièce de 2 francs. Les bords de l'orifice restent épais, rigides; à droite et en arrière, on sent un noyau induré de consistance fibreuse. Le 14 avril, à 9 heures, la dilatation n'a pas progressé. La dilatation est toujours grande à peu près comme une pièce de 2 francs. A 16 heures, on constate le même défaut de progression de la dilatation. Les bords de l'orifice utérin restent toujours épais et paraissent plus rigides.

Je me décide alors à pratiquer une césarienne vaginale que je fais sous anesthésie chloroformique avec le concours de nos collègues Paucot et Paquet.

Desinsertion aux ciseaux du cul de sac vaginal antérieur, décollement du péritoine et section médiane de la lèvre antérieure du col et du segment inférieur sur une hauteur de 7

à 8 cm. Le tissu utérin est dur et comme fibreux. Le fœtus étant manifestement petit, cette section nous paraît suffisante. M. Paucot pratique une application de forceps et extrait un enfant vivant du poids de 1.460 gr. Il fait ensuite immédiatement la délivrance artificielle. On constate alors que l'incision ne s'est pas agrandie; mais il s'est produit deux déchirures postéro-latérales, à droite et à gauche, sur toute la hauteur de la portion vaginale du col. Suture par un surjet de catgut de l'incision du col et du segment inférieur, puis de la brèche vaginale dans laquelle on laisse un petit drain. Suture par points séparés des deux déchirures latérales. Deux gazes iodoformées sont laissées dans le vagin— Agitation de la malade.

Le 17 avril, après élévation du pouls, petites crises convulsives, coma, respiration stertoreuse, écume sanglante à la bouche et mort à 16 heures.

L'enfant, né vivant, est mort le 54e jour après sa naissance après avoir présenté pendant trois jours des phénomènes de cyanose.

L'autopsie montre qu'il s'agit d'une intoxication suraiguë dans un cas d'insuffisance hépatique et rénale qui a provoqué un œdème pulmonaire aigu favorisé par une symphise pleuro-pulmonaire préexistante. Cette femme a été tuée par le chloroforme et quelques interventions qu'on eût pratiquées, l'anesthésie générale était indispensable.

Examen anatomo-pathologique du col : vieille inflammation chronique scléreuse et, par place même, scléro-hyaline.

Est-ce une induration due à un chancre du col ? Nous n'avons pu constater sur les lèvres de l'orifice qu'un très petit noyau induré de consistance fibreuse, siégeant à droite et en arrière et il nous semble difficile d'admettre qu'un accident primaire ayant laissé si peu de traces perceptibles ait été le point de départ d'une sclérose si étendue.

S'agit-il d'un cas de sclérose syphilitique analogue à celui publié par Fasola ? La sclérose se serait alors développée bien précocement dès le début de la syphilis. Les auteurs ne concluent ni dans un sens, ni dans un autre.

OBSERVATION IX

publiée par le Docteur Putégnat.

Le 2 novembre 1864, le docteur Putégnat est appelé près d'une femme de 27 ans, primipare, enceinte de 7 mois.

Cette femme est en travail depuis 11 jours. Le vagin est humide et brûlant. Le col utérin présente une ouverture dont l'aire égale celle d'une pièce de deux francs. La moitié gauche dure, est épaisse de un centimètre. Son segment droit moins dilaté et dilatable, est dur, inégal, épais de 2 centimètres. Il a sa surface antérieure et interne ulcérée, inégale, et qui laisse écouler un liquide sanieux, rougeâtre et fétide.

Le fœtus est mort depuis dix jours. On fait deux incisions sur le col, puis on pratique la version par manœuvres internes. La malade meurt pendant l'opération.

OBSERVATION X

Docteur Putégnat.

Femme de 29 ans, enceinte de 8 mois, présente un chancre sur la lèvre antérieure du col utérin.

Plaques muqueuses à l'anus, sur les grandes lèvres et sur les piliers du voile du palais.

L'excessive lenteur du travail ayant épuisé la patiente, on donne deux grammes de seigle ergoté sans résultat.

Application de forceps. L'enfant meurt au bout de trois jours.

Durée du travail : seize heures.

OBSERVATION XI

Docteur Putégnat

Femme enceinte de 8 mois environ. Contractions utérines faibles et espacées. Ulcération chancreuse sur la commissure droite du museau de tanche. Forceps. L'enfant meurt le quatrième jour.

OBSERVATION XII

Du même.

Primipare de 19 ans. Ulcération syphilitique à fond dur, à bords un peu élevés, rougeâtre et saignant sur la commissure droite et sur la lèvre postérieure du museau de tanche. Forceps. Enfant mort avant sa naissance. Durée du travail : 25 heures environ.

OBSERVATION XIII

Du même.

Primipare de 24 ans, enceinte de 8 mois 1/2. Vaste chancre sur le bord de la lèvre postérieure du col de la matrice. Application de forceps. L'enfant vécut deux jours.

OBSERVATION XIV

publiée par Charliéoni

Une femme primipare âgée de 22 ans entre à l'hôpital de Milan fin juillet 1873. Lorsqu'on la reçut, on trouve sur les organes génitaux une ulcération syphilitique. Selon la malade, l'infection remontait aux derniers jours de mai 1873. Au toucher, on constate une surface ulcéreuse autour de l'orifice externe du col de l'utérus. Adénopathie inguinale double légèrement douloureuse. La grossesse était à la fin du septième mois. L'enfant se présentait en OIDA. Aucun traitement syphilitique n'avait été institué jusqu'alors et le professeur Chiara, dans l'espoir que les manifestations secondaires de la syphilis coïncideraient avec le terme physiologique de la grossesse ou le précéderaient de peu, se borna à des prescriptions de propreté et à des applications locales d'onguent de calomel et d'opium. Dans les premiers jours d'août apparurent des manifestations secondaires importantes qui l'engagèrent à instituer un traitement spécifique : protoiodure et iodure de potassium. Bains fréquents.

Le 21 septembre, le travail se déclara; on diagnostiqua une grossesse gemellaire. Sur les grandes lèvres existait un œdème remarquable, une infiltration totale due certainement à un exsudat néoplasique qui leur communiquait une dureté toute particulière ne cédant pas ou cédant peu sous le doigt. Evidemment, continua le professeur Charliéoni, il s'agissait en ce cas de l'état morbide décrit par M. Fournier sous le nom d'induration scléreuse. Le col de l'utérus était effacé et dilaté d'environ 2 centimètres; le segment inférieur de l'utérus était considérablement épaissi, tendu, d'une dureté qui rappelait le tissu fibrocartilagineux, dureté qui s'étendait tout autour de l'orifice, à un centimètre des bords et plus spécialement en avant.

On administra un bain de siège et des irrigations vaginales. La nuit se passa avec de rares et faibles contractions et le matin suivant 22 septembre, l'état du col avait peu changé et l'on fit donner une double douche descendante avec 30 litres d'eau tiède devant laquelle les membranes se rompirent. Ecoulement modéré de liquide amniotique. Vers 8 heures du soir, le Professeur se décida à faire des scarifications multiples sur l'orifice utérin avec un bistouri boutonné. Les scarifications rendirent presque immédiatement expulsives les douleurs, qui, auparavant, étaient faibles et rares. Vers 9 heures, on administra 50 centigrammes de seigle ergoté. A 10 heures, la tête avait exécuté son mouvement de rotation et apparaissait à l'orifice vulvaire qui résistait à l'action combinée des forces utérines et des muscles abdominaux, aussi, vers 11 heures, on intervint par une application de forceps et on amena le premier enfant en état d'asphyxie grave, d'où on ne put le tirer; à 11 h. 1/2, le second fœtus sortit spontanément, vivant. La grande lèvre droite, dans son tiers inférieur, se déchira aussi nettement que si elle eût été sectionnée par une lame.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XV

Welponer, in *Centralblat feïr Gynock,* 1881.

Une femme de 24 ans se présente à la clinique du professeur C. Braun-Fernswald après la rupture de la poche des eaux. L'auteur trouve le col dilaté de 3 centimètres, gonflé, dur, formant autour de la tête un bourrelet de l'épaisseur

d'un doigt et sur ce bourrelet s'implante une petite tumeur de consistance cartilagineuse.

Deux tumeurs analogues siègent à la partie postérieure du vagin. Les traces d'une roséole, les engorgements ganglionnaires ne permettent pas de méconnaître la nature syphilitique de cette tumeur. L'auteur fait avec les ciseaux de Sems cinq incisions de un centimètre et prescrit les bains de siège. Cependant, le col ne laisse pas passer la tête. Le forceps appliqué amène a la vulve à la fois la tête et le col et de nouvelles incisions sont nécessaires. Malgré toutes les précautions, le col se trouve déchiré jusqu'à l'insertion vaginale. L'accouchement a duré 48 heures. On fit de fréquentes injections. Les lochies ont été longtemps teintes de sang. L'utérus est revenu lentement sur lui-même. L'enfant vivant pesait 2150 grammes.

OBSERVATION XVI

(résumée)

Fasola, en *Annali di Ostetricia.* 1886.

Femme de 20 ans, deuxièmipare. Premier accouchement normal en 1884 au septième mois de sa grossesse. Les membranes se sont rompues le 25 juillet. L'orifice utérin est dilaté de 3 centimètres. Le col est dur, épais, résistant et tendu autour de la présentation. Les contractions utérines se succédaient fréquentes et énergiques, mais peu efficaces, car le col ne se prêtait pas à la dilatation. Sur une grande partie du corps, et spécialement sur l'abdomen, on constatait une roséole syphilitique maculeuse en voie de décroissance. Au bout de 46 heures, la dilatation n'ayant fait aucun progrès, on fait un débridement du col, d'abord avec le bistouri boutonné, puis avec des ciseaux courbes.

L'orifice étant suffisant, on fait une application de forceps. On extrait un enfant vivant pesant 1.500 gr. Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XVII

(résumée)

Doléris. *Archives de Tocologie.* 1885.

L—, 24 ans, entre à la clinique d'accouchement le 5 novembre 1884. Antécédents pathologiques de scrofule. Réglée à 14 ans. A 20 ans, 1° Grossesse à évolution normale. Enfant mort au bout de 15 jours.

Grossesse actuelle. Dernières règles du 27 au 29 février 1884. Il y a eu des rapports sexuels pendant toute la grossesse, sauf depuis cinq semaines environ.

A l'examen extérieur, on constate une roséole très nette sur le thorax, les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs. Sur la face inférieure des avant-bras, macules couleur jambon fumé. Adénite cervicale double, écoulements leucorrhéiques fétides.

Les grandes et les petites lèvres, ainsi que la peau de la région ano-vulvaire sont recouvertes de syphilides érosives dont quelques-unes sont saillantes et ont l'aspect de condylomes plats. Tubercules ulcérés sur la face interne des grandes lèvres et à l'entrée de la vulve. Pléiade ganglionnaire inguinale double prédominant à gauche. Aucune trace d'une lésion cicatricielle pouvant se rapporter au chancre.

Syphilides ulcéreuses des amygdales et de l'arrière-gorge. Alopécie discrète.

Le toucher révèle un gonflement œdémateux du conduit vaginal et un état lisse de la muqueuse.

Le col est volumineux, entr'ouvert, bien que persistant dans une longueur de 3 centimètres environ. Sa forme est celle d'un infundibulum à sommet inférieur. Son tissu est rigide et dur. La lèvre antérieure est plus dure encore, volumineuse et tuméfiée. Deux doigts introduits dans le vagin permettent d'apprécier les proportions de ce noyau hypertrophique; il a les dimensions d'une noisette. L'induration s'arrête à la base du col.

L'examen du spéculum, qui est très douloureux, fait constater un écoulement épais muco-purulent qui provient de l'intérieur de la cavité cervicale. Le noyau de gauche est exulcéré, sur la lèvre antérieure, principalement, l'ulcération est profonde, entourée d'un rebord fongueux dont la teinte est rouge livide. Le diamètre maximum de l'ulcération est de 1 centimetre environ. Il n'y a pas de doute qu'on ait à faire à un chancre.

Présentation du sommet en OIGA.

Il semble qu'il y ait excès de liquide amniotique. Un traitement est institué : badigeonnages du col avec de la teinture d'iode, cautérisation du fond de la gorge, ablutions des organes génitaux externes avec une solution de liqueur de Labarraque, irrigations prudentes de la cavité vaginale avec une solution de sublimé. Traitement interne : une cuillerée à bouche, puis deux de liqueur de Van Swieten dans un verre de lait chaque jour. La médication est prescrite à partir du 9 novembre et n'est pas interrompue jusqu'à l'accouchement. Au bout de peu de jours, il ne reste plus rien de ces régions; la roséole est presque effacée et l'on n'aperçoit plus que deux plaques grisâtres dans l'arrière-gorge.

Du 13 au 15 novembre, tout a disparu. Un nouvel examen révèle à ce moment une notable diminution du volume de la tumeur ulcérée du col. Le tissu est plus souple, mais pas suffisamment pour que les parois cervicales viennent en contact. Il existe toujours un trajet libre, ouvert et perméable de l'orifice extérieur à l'orifice intérieur.

Le 15 novembre, la malade est prise des premières douleurs à 2 h. 17 du matin. La dilatation marche assez vite au début : l'effacement a passé inaperçu. A 7 h. 1/2, la dilatation est de 2 francs.

Dès le début, le tissu cervical est resté très épais et très dur, rien n'est changé dans l'état de la femme : même dureté et même épaisseur des rebords de l'orifice. La malade souffre toutes les 2 ou 3 minutes, sans discontinuer, depuis le matin.

A 9 heures, l'orifice à une dilatation égale à 5 centimes.

Les bords en sont toujours très épais et très durs, mais cependant les progrès de la dilatation ont une marche régulière. A 9 heures, les membranes se rompent spontanément. A 10 h. 35, la tête franchit l'orifice complètement dilaté. Cinq minutes plus tard, le fœtus est expulsé. Il est bien conformé et de poids normal. Poids, 3.070 gr. Placenta, 440 gr.

Au bout de huit jours, l'enfant, qui ne portait aucune lésion visible, sauf une coloration violacée ecchymotique des talons sans soulèvement de l'épiderme, présente dans cette région et de chaque côté une papule qui s'ulcère rapidement.

Les suites de couches ont été régulières. On a constaté deux déchirures du col : une à gauche sur la commissure, et une en avant de la commissure, donc sur la lèvre antérieure. L'examen au spéculum, pratiqué à la sortie de la malade, révèle la disparition de toute lésion appréciable.

OBSERVATION XVIII

Blanc. *Archives de Tocologie.* 1891.

Il s'agit d'une multipare qui, le 29 novembre 1890, accouche pour la troisième fois. Les deux premiers accouchements s'étant assez rapidement terminés en cinq à six heures par l'expulsion d'enfants vivants.

A ce troisième accouchement, les douleurs commencèrent le 28 novembre, à 5 heures du soir. A 6 heures, le col était ouvert de 1 centimètre, épais surtout au niveau de sa moitié antérieure. La poche des eaux était intacte. Les contractions utérines furent intenses et régulières. Le 29 novembre, à 8 heures du matin après 15 heures de douleur, nous trouvâmes cette femme dans l'état suivant : faciès pâle et fatigué, peau moite, température normale, pouls 100°. Palper permet de constater une présentation du sommet en OIDT et déjà engagée dans l'excavation.

Par le toucher : sur le milieu de la face antérieure du vagin, existe une nappe de sclérose un peu saillante à surface dure, irrégulière et offrant l'aspect d'un triangle allongé et dont la base se perd sur le col. Ce dernier nous frappe aussitôt par ses caractères. Il est épais, dur, inextensible et non douloureux, mais son épaisseur n'est pas uniforme dans tout son pourtour; elle est plus marquée dans sa moitié antérieure et atteint là un bon travers de doigt. De plus, sur cette même lèvre antérieure, la consistance varie au milieu et sur les côtés; au milieu, la dureté cartilagineuse des tissus est comme doublée vers la surface par un œdème dur que surmonte une dépression cicatricielle radiée, nettement perceptible au doigt; sur les côtés, on a la sensation d'une résistance cartilagineuse. La poche des eaux est rompue depuis plusieurs heures et, à travers le col, fait hernie une bosse sérosanguine volumineuse. Au moment des douleurs, on sent la tête presser énergiquement contre le col qui, à l'instar d'un cercle métallique, résiste sans permettre au doigt de s'insinuer entre lui et la présentation. La douleur passée, le doigt peut glisser au-dessus de l'orifice utérin et apprécier ses caractères.

A 11 h. 1/2 du matin, la dilatation est à peu près la même, mais le col, lui, est plus dur, plus épais, malgré d'énergiques contractures.

Aussi, après anesthésie de la parturiente, nous pratiquons de chaque côté du col une incision profonde d'environ 3 cen-

timètres, allant jusqu'aux insertions du vagin et nous extrayons à l'aide d'une application de forceps un enfant vivant et assez développé. Les incisions ne s'agrandirent pas durant l'extraction et restèrent limitées à trois portions vaginales du col.

OBSERVATION XIX

Chancre du col. Dystocie. Opération césarienne conservatrice. Guérison de la mère. Enfant vivant.

MM. Champetier de Ribes, Bauffe de Saint-Blaise, Baudron.

La nommée Augustine Y..., âgée de 27 ans, domestique, est entrée à la maternité de l'Hôtel-Dieu le 5 janvier 1902, à 4 heures du soir, présentant quelques douleurs depuis 14 heures. Elle a perdu un caillot de sang et du liquide roussâtre.

Grossesse actuelle : primipare. Les dernières règles ont eu lieu du 27 mars au 5 avril 1891. Age de la grossesse au moment de l'accouchement : 279 jours depuis le début des dernières règles. N'a rien présenté de particulier pendant les mois de sa grossesse, sauf quelques vomissements au début. Vers le commencement du huitième mois, cette femme a remarqué une éruption généralisée sur le tronc et les membres inférieurs. Elle n'a pas souffert de maux de gorge et n'a rien remarqué du côté de ses organes génitaux externes. Pas de céphalée.

Examen à son entrée. — On constate une présentation du sommet amorcée en OICA. Les bruits du cœur du fœtus sont bons. Au toucher, pratiqué à 5 heures du soir, le doigt perçoit à la partie antérieure du col un bourrelet induré en forme de croissant à convexité supérieure, et à droite, dans la concavité duquel on sent une ulcération arrondie d'une dureté cartilagineuse, d'un diamètre légèrement inférieur à celui d'une pièce de 50 centimes. Cette tumeur est située sur la face antérieure de la portion vaginale du col, à égale distance de l'insertion du vagin et de l'orifice externe. La lèvre postérieure du col est normale et ramollie. La lèvre antérieure est œdématiée et de consistance plus dure. L'orifice externe est entr'ouvert, permet la pénétration de l'index et ne présente rien d'anormal.

Le vagin ne présente pas de lésion.

Examen au spéculum. — Rien de particulier à la vulve. Il n'y a pas d'écoulement par le vagin.

En introduisant deux valves, on voit sur la face antérieure du col une ulcération arrondie à fond jaunâtre et irrégulière, légèrement déprimée, limitée par un bourrelet rouge et très net. Cette ulcération donne immédiatement l'impression d'un chancre syphilitique du col. Ce diagnostic est confirmé par l'examen général qu'on fait à ce moment. On constate en effet l'existence d'une roséole syphilitique très nette sur le thorax et les flancs, accentuée sur les membres inférieurs; les ganglions inguinaux sont tuméfiés des deux côtés et plus particulièrement à droite. Ni à la gorge, ni à l'aine, on ne trouve de plaques muqueuses. Entrée à la salle de travail à 6 heures du soir, 5 janvier. Dans la nuit du 5 au 6, douleurs espacées toutes les 25 minutes. Le 6 janvier, douleurs moins fortes que la veille; le col est en voie d'effacement. Dans la nuit du 6 au 7, douleurs insignifiantes. La malade a pu dormir un peu. Les bruits du cœur du fœtus restent bons.

Toucher : col effacé, dilaté comme une pièce de 50 centimes inextensible. Le doigt introduit dans l'orifice du col ne sent pas la poche des eaux. Le col, dans son ensemble, est œdémateux. Le chancre paraît augmenté dans ses dimensions de la grandeur d'une pièce de un franc.

Le 8 janvier : douleurs toutes les heures de très courte durée, de 1 à 2 minutes. A 1 h. 35 du soir, les douleurs deviennent très fortes, presque subintrantes. Elles cessent à 3 heures. De 3 heures à 8 heures du soir, douleurs légères espacées, la femme peut se reposer un peu. Après 8 heures du soir, les douleurs reprennent aussi fortes que dans l'après-midi. Dans la nuit du 8 au 9 janvier, la femme peut dormir; elle n'a pas de douleurs. L'utérus reste tendu en permanence. Les bruits du cœur du fœtus sont bons. Le col n'a subi aucune modification par rapport aux jours précédents. L'orifice externe est entouré d'un bourrelet œdémateux et dur qui donne au doigt la sensation d'anneau cartilagineux.

Le 9 janvier, peu de douleurs dans la matinée. A 1 heure du soir, les douleurs reprennent fortes et presque continues. Les bruits du cœur restent bons.

Au toucher : col dur comme du cartilage, effacé, permettant la pénétration de l'index. Les culs de sac vaginaux sont plus profonds que les jours précédents. Le chancre se présente sous la forme d'une légère ulcération ayant les dimen-

sions d'une pièce de 2 francs située à la partie antérieure et droite de l'orifice externe. Le bourrelet cartilagineux qui le circonscrit en haut et à droite est beaucoup plus induré et plus étendu que les jours précédents.

En présence de l'état de la malade, fatiguée et épuisée par les douleurs, et voyant que la dilatation ne progresse pas, M. Champetier de Ribes décide d'intervenir. Il hésite d'abord entre les incisions sur le col et l'intervention par la voie abdominale. Mais après avoir attendu pendant quatre jours que le segment inférieur soit distendu et fasse saillie dans le vagin, et après avoir consulté d'autres observations d'incisions sur le col suivies d'insuccès, il rejette ce moyen opératoire et décide de pratiquer l'opération césarienne conservatrice, qui a lieu à 6 heures du soir et qui permet d'extraire un enfant de 3.600 gr. qui crie aussitôt. Placenta, 450 gr.

Vingt-six jours après, bon état général de l'accouchée.

L'état de l'enfant est parfait.

OBSERVATION XX

Syphilis du col chez une femme enceinte.

(*Bulletin d'Obstétrique*).

Le 3 décembre, est entrée à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine cette malade qui se plaignait de ne pouvoir marcher et de souffrir des ganglions qu'elle avait à l'aine.

Antécédents pathologiques : coqueluche, gastrite.

Dernières règles au début d'août 1901. Primipare, pas de fausses couches. A l'examen de la malade, la première chose qui frappe, c'est une roséole typique sur le tronc, les avant-bras, les cuisses.

De chaque côté de la mâchoire, surtout à gauche, on compte des ganglions multiples, et sur les amygdales, des ulcérations dont celle de gauche qui creuse un peu plus actuellement que quand elle est venue. Au pli de l'aine, surtout à gauche, ganglions multiples sur la face interne de la cuisse droite, syphilides papuleuses. Du côté des organes génitaux, on constate que les grandes lèvres sont fortement tuméfiées, variqueuses, mais on n'y trouve pas de trace d'ulcérations, ni sur les petites lèvres, ni sur la fourchette.

Par le toucher vaginal, on constatait à l'arrivée de la malade, que le col présentait, un peu au-dessus de son orifice externe, une induration très marquée, beaucoup plus en avant qu'en arrière, formant comme une sorte de bague.

Avec le spéculum, on constatait que le col gros présentait une teinte légèrement grisâtre.

Actuellement, on sent toujours cette induration, mais au-dessous, la surface externe du col présente une vaste ulcération dont le fond est bourgeonnant, irrégulier, saignant facilement et limité par un bord net. La couleur est d'un rouge sombre. Il s'écoule une leucorrhée assez abondante. On n'arrive pas sur le promontoire; bassin normal. Enfant placé en OIDT. Tête mobile au détroit supérieur, battements nets à droite dans la ligne médiane.

Le diagnostic auquel on s'est arrêté fut : chancre du col. La malade fut montrée à M. Gaucher, qui confirma le diagnostic. Immédiatement, la malade fut mise en traitement et depuis le 8 décembre on lui fait tous les jours une injection d'une solution de Hg de 0,02 par jour.

Cette malade nous a paru intéressante à cause des difficultés que l'on peut craindre au moment de l'accouchement, de la rareté de l'accident primitif à la fin de la grossesse, surtout localisé sur le col, et enfin de l'importance qu'il y a à établir un traitement actif pour amener, sinon une disparition totale, au moins une diminution de cette induration. C'est pour ces divers motifs que nous avons l'honneur de vous présenter cette malade.

OBSERVATION XXI

Le chancre syphilitique du col de l'utérus chez la femme enceinte, par P. Lantuéjoul.

(*Gynécologie et Obstétrique.* 1920, p. 111).

En résumé, il s'agit d'une primipare de 23 ans, atteinte de métrite gonococcique contractant la syphilis soit tout à fait au début de sa grossesse soit, beaucoup plus vraisemblablement au troisième mois. Elle vient consulter au début du huitième mois présentant un chancre circulaire du col et des lésions secondaires très importantes. Elle n'a pas le temps

d'être traitée et entre en douleurs avant huit mois et demi. Après vingt heures de travail, malgré l'énergie des contractions utérines, le col est dilaté comme 2 francs, épais et rigide. L'intervention est pratiquée à ce moment, environ deux heures et demie après la rupture de la poche des eaux. Une césarienne vaginale permet à M. Brindeau d'extraire une fille vivante. Les suites opératoires sont excellentes. Les manifestations syphilitiques disparaissent très rapidement, malgré leur intensité.

Il faut attirer l'attention sur les faits suivants :

L'inoculation de la syphilis a eu lieu vraisemblablement, d'après les renseignements fournis par la malade, en particulier sur ses rapports avec son mari, sur la date d'apparition des accidents secondaires au début d'octobre 1918. L'extension du chancre est remarquable puisqu'il occupait tout le pourtour du col sur une hauteur de plusieurs centimètres. Les autres accidents cutanés et muqueux offraient également un aspect très particulier : alors que les lésions des zones extra génitales étaient tout à fait banales, celles de la zone génitale avaient pris un développement beaucoup plus considérable. La transformation profonde que le chancre avait fait subir aux tissus du col a été un empêchement absolu à l'accouchement spontané. Enfin, malgré leur apparente gravité, toutes les lésions syphilitiques ont rétrocédé avec une grande rapidité après l'accouchement, en même temps que se transformait l'état général de la malade.

OBSERVATION XXII

Remy, *Revue médicale de l'Est,* 1896.

Concerne une primipare présentant un chancre de la grande lèvre gauche avec infiltration du segment inférieur et ayant perdu les eaux depuis deux jours. Le col reste dilaté comme 2 francs pendant dix-huit heures; de petites mouchetures sont alors faites sur le pourtour du col et la dilatation atteint 5 francs; nouvelle attente de 14 heures, puis, débridements larges permettant une dilatation comme une paume; nouvelle attente de quinze heures et accouchement par forceps; mort de la mère par infection; enfant vivant de 3 kil. 070.

OBSERVATION XXIII

Rudaux, *Cr. Société d'obstétrique, octobre* 1904.

Secondipare ayant des lésions syphilitiques secondaires multiples, sclérose du col, mais pas de chancre; elle fut transportée à l'hôpital alors que le travail durait depuis trois jours; la poche des eaux était rompue depuis le début du travail; hystérectomie et Porro; mort de la mère et de l'enfant.

OBSERVATION XXIV

Thèse Ferouelle

Maternité de l'hôpital St-Louis, Auvard, Brindeau, Ferouelle.

Chancre syphilitique de l'utérus gravide. Dystocies, incisions profondes du col et extraction, avec le forceps, d'un enfant vivant.

M... B., 22 ans, a déjà eu deux grossesses; la première en 1897, s'est terminée à cinq mois par un avortement dont la cause n'a pu être déterminée. Dans la même année, deuxième grossesse et accouchement prématuré à sept mois d'une fille vivante, élevée au sein, bien portante.

Cette troisième grossesse est du même père que les deux précédentes, mais la femme déclarait avoir eu, dans ces derniers mois, des rapports sexuels avec un autre individu. Tout dernièrement, depuis quinze jours, elle a été soignée pour cystite.

Grossesse actuelle. Dernières règles du 5 au 10 février 1901.

Elle est donc environ enceinte de huit mois. Elle avait des pertes blanches abondantes et, depuis un mois, un écoulement roussâtre, nous en verrons la cause dans la suite. Elle s'est amaigrie considérablement depuis les deux derniers mois.

Examen à l'entrée : A l'examen des organes génitaux, on remarque immédiatement la présence de plusieurs chancres indurés. L'un siège au niveau du meat urinaire, l'autre sur le capuchon du clitoris. Le troisième beaucoup plus volumineux, est placé sur la petite lèvre gauche, qu'il envahit presque complètement.

Les ganglions inguinaux des deux côtés sont volumineux.

Il s'écoule de la vulve un liquide purulent.

Par le toucher, le doigt ne perçoit rien de particulier au niveau du vagin, sauf, peut-être, un léger degré de vaginite granuleuse. Le doigt arrive sur le col en voie d'effacement. Le col est volumineux, surtout au niveau de la lèvre antérieure. L'induration entoure presque complètement le col et l'on dirait que les deux lèvres sont doublées de cartilage.

Au spéculum, on voit une ulcération régulière à bords nets s'étendant sur le tiers inférieur du museau de tanche, et pénétrant dans l'orifice externe mais le diagnostic est beaucoup moins facile à faire qu'au toucher.

Ces constations faites, on laisse la femme au repos en attendant le début du travail. Les premières douleurs apparaissent le 13 octobre, à 15 heures. Contractions utérines énergiques. Effacement se produit.

La dilatation passe de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 1 franc, puis 2 et 5 francs. Arrivée à ce point, vers 2 heures du matin, au moment où se produit la rupture de la poche des eaux, elle reste stationnaire, malgré le bain chaud prolongé qui est administré à la malade.

A 10 h. 30 du soir, le col est toujours très dur. Il est inextensible, si l'on cherche à le dilater avec le doigt. L'induration est encore plus nette qu'avant la dilatation. Elle occupe presque la totalité du col. Il existe ainsi un anneau dur de 1 cm. et demi d'épaisseur formé par la réunion de deux croissants occupant chacun une des lèvres du col. Les pointes du croissant se réunissent en haut et à gauche, et à droite et en bas. En ces points, le col est souple sur une épaisseur de deux à trois millimètres.

On incise aux ciseaux la partie saine du col, jusqu'au niveau de l'insertion vaginale. On fait alors une application de forceps sur le sommet en GA, la dilatation étant suffisante.

Le travail a duré trente et une heures.

Fille, 2 kil. 020 grammes, ne présente aucun symptôme net de syphilis. Placenta 420 grammes.

Vers le sixième jour, la femme succombe à une infection erysipelateuse.

OBSERVATION XXV

Maternité Pellegrin. Docteur Balard.

Primipare de 30 ans, enceinte de six mois et demi, qui entre à la Maternité le 11 novembre 1942, parce qu'elle avait de nombreuses pertes. On lui fait un toucher et on tombe sur un col d'une longueur de 1 cm. et demi environ, présentant une induration en bague. L'orifice est lenticulaire. La consistance de toute la zone indurée est cartilagineuse, plus épaisse à gauche qu'à droite. A la partie postérieure, on sent une dépression à peu près régulière. On décide de faire une biopsie.

On constate un col large comme une pièce de 2 francs, bordé d'un petit liseré violacé. A la partie postérieure, on note une ulcération de la dimension d'une pièce de 30 centimes, bordée aussi d'un liseré rouge, mais dont le fond est couvert d'un enduit jaunâtre. On prélève deux fragments. En inspectant le corps de la malade, on note un érythème s'étendant jusqu'aux flancs. On pense qu'il s'agit d'une roséole à laquelle s'ajoute un érythème émotif. Un BW demandé est reconnu $\div + +$.

Le 18 novembre 1942, au cours d'un examen gynécologique, on s'aperçoit que la malade perd les eaux. On décide alors d'intervenir et, présumant que la dilatation serait impossible, on fait une césarienne basse. Anesthésie générale à l'éther. Incision sur la ligne médiane. On tombe sur un utérus pas très volumineux que l'on ponctionne et on retire un enfant vivant de 1 kil. 770. Suture de l'utérus par points séparés et surjet. Suture de la paroi en trois plans.

Le 12 novembre 1942, après quinze jours de traitement spécifique, on refait un examen complet de la malade.

Au toucher, le col est toujours induré mais moins largement. Le chancre a disparu aux valves, col encore épais. Orifice fendu transversalement laissant sourdre quelques glaires. Les bords sont encore très épais mais le tout est moins large comme une pièce de 2 francs environ. Plus de trace de chancre.

Biopsie. — Diagnostic : hypertrophie du col utérin sur les divers fragments, au-dessous d'un épithélium un peu hyperplasié, on note l'existence d'un tissu fibreux et granulomateux, avec nombreuses traînées de cellules autour des vaisseaux. Nulle part, on ne voit d'image rappelant une tumeur maligne. On trouve d'assez nombreux petits vaisseaux comme engainés par des travées de cellules d'inflammation : lympho, plasmocytes, quelques poly, etc. Cela peut très bien être en

relation avec des lésions syphilitiques. Mais ces constatations histo-pathologiques ne sont pas des certitudes, mais des possibilités.

Mort de l'enfant douze jours après l'accouchement, le 19 novembre 1942. Le foie présente des lésions importantes, surtout congestives, avec ectasies vasculaires, dissociation en certains points des travées. Lésion d 'hépatite congestive, mais aussi réticulose isolant parfois les cellules par petits groupes. Présence également de quelques cellules inflammatoires par petits nids, cellules rondes, image rappelant le foie silex. La rate présente un paremchyme refoulé et les neuf dixièmes de la rate sont constitués en réalité par une hémorragie sous forme de caillots sanguins refoulant et altérant considérablement le reste du parenchyme. Cette rate est très modifiée. On ne voit pour ainsi dire pas de corpuscules de Malpighi, mais une réticulocytose et une fibrose de la pulpe rouge.

OBSERVATION XXVI

Docteur Mahon.

X..., 22 ans, prostituée, est envoyée pour blennorragie, en novembre 1942, à l'hôpital de la Salubrité, où on lui fait un traitement sulfamidé. Puis, comme elle est enceinte d'environ six mois, on l'adresse à l'isolement des maternités de Canolle. Il s'agit d'une secondi geste, qui, en 1940, avait accouchée prématurément à six mois d'une fille décédée ultérieurement de méningite (?).

A l'entrée à Canolle, le 11 novembre 1942,, l'examen montre une grossesse de six mois (dernières règles du 4 au 7 mai), sans rien d'anormal; cependant, la malade accuse à plusieurs reprises des douleurs abdominales. Vers la mi-décembre, on est frappé pour la première fois par l'aspect dur, rigide de son col, recouvert d'un exsudat gris-verdâtre; on rattache ces modifications à une cause inflammatoire banale.

Le 21 décembre, rupture prématurée des membranes, cependant que quelques contractions annoncent le début du travail. Le 22 décembre, l'un de nous (Mahon) voit la malade, en l'absence de M. le docteur Boursier, chef de service, et il est frappé par l'aspect de ce col, dont la rigidité en virole lui rappelle le cas précédent. Quelques tâches suspectes commencent à apparaître sur la peau et les muqueuses. Toutes les

réactions sérologiques, immédiatement pratiquées, sont fortement positives. Le même jour, à 17 heures, malgré des contractions régulières et assez fortes, l'état du col est inchangé, sans le moindre degré d'effacement, ni de dilatation. Température, 38°3.

On pratique alors une césarienne supra-symphysaire et l'on extrait un enfant de 1 kil. 500, d'aspect débile, qui, malgré le traitement spécifique, une transfusion et tous les soins possibles, décède au bout de quarante-huit heures. L'autopsie ne révèle aucune lésion d'apparence syphilitique et l'examen anatomo-pathologique du placenta et du cordon, pratiqué par le docteur Mougneau, chef de laboratoire de la clinique dermato-syphiligraphique de la Faculté, donne le résultat suivant :

« Le placenta ne présente pas de lésions spécifiques. Pas d'endovascularite. Les coupes traitées par l'imprégnation argentique ne révèlent pas la présence de tréponèmes. Pas de lésions très appréciables des vaisseaux du cordon, si l'on excepte un infiltrat discret au niveau de la lmedia, infiltrat formé de cellules lymphoïdes et de polynucléaires. » Il semble donc bien que cet enfant soit mort de prématurité et non d'infection tréponémique.

La césarienne est terminée classiquement, mais avant de refermer le ventre, sans drainage, on saupoudre largement le péritoine de 1162 F. Les suites opératoires sont d'emblée inquiétantes et, malgré la sulfamidothérapie intensive, la température s'élève et une péritonite généralisée se déclare et se confirme.

Le 25 décembre, sous anesthésie générale, on intervient pour draîner la cavité abdominale : trois drains sont placés, un par colpotomie postérieure et un dans chaque gouttière latéro-colique, par incisions iliaques. Un pus séreux, abondant, s'écoule. L'examen en est pratiqué par le docteur Pauzat, chef de laboratoire de l'hôpital Pellegrin, qui trouve « quelques polynucléaires et hématies, nombreux staphylocoques et bacilles gram négatif (rappelant le colibacille) ».

Une détente suit cette intervention, mais bientôt l'état de la malade s'aggrave et paraît désespéré. Le 30 décembre, une fistule pyo-stercorale s'installe du côté gauche, l'incision abdominale médiane se désunit en grande partie. C'est à ce moment que l'état de la malade commence à s'améliorer. Ses globules rouges étant tombés à 1.054.000, on lui fait une transfusion de 250 cc. de sang frais et, après des hauts et des bas, elle finit par guérir complètement ,cependant qu'un traitement spécifique énergique est institué.

Résumé des observations. ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

OBSERVATIONS	PARITE DE LA FEMME	ETENDUE ET LOCALISATION DU CHANCRE	DUREE DU TRAVAIL	ETAT DES MEMBRANES	Manœuvres obstétricales	ETAT DE LA MERE ET DE L'ENFANT	TRAITEMENT	Date du chancre par rapport à âge de la gross.
VIII. Oui.	Primipare	Très petit noyau induré à droite et en arrière. Sclérose étendue		Rupture prématurée	Césarienne vaginale	Mort de l'enfant le 54e jour. 1.460 gr. Mort de la mère.	Tr.	Roséole
IX. Putégnat	Primipare 7 mois	Segment gauche du col utérin. Sclérose étendue	11 jours		Incision sur le col, version par manœuvres internes	Mort de la mère. Enfant mort et macéré.	0	7 mois
X. Putégnat	8 mois	Lèvre antérieure			Forceps	Enfant mort au bout de 3 jours. Mère vivante.	0	8 mois
XI. Putégnat	8 mois	Commissure droite du museau de tanche			Forceps après échancrure sur la commissure droite du museau de tanche	Enfant mort le 4e jour. Mère vivante.	0	8 mois
XII. Putégnat	Primipare	Commissure droite et lèvre postérieure du museau de tanche	25 h.		Forceps	Enfant mort avant naissance. Mère vivante.		
XIII. Putégnat	Primipare 8 m. 1/2	Vaste chancre surface postérieure du col		Rupture pendant l'accouchement		Enfant vécut 2 jours. Mère vivante.		8 mois

Résumé des observations. ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

OBSERVATIONS	PARITE DE LA FEMME	ETENDUE ET LOCALISATION DU CHANCRE	DUREE DU TRAVAIL	ETAT DES MEMBRANES	Manœuvres obstétricales	ETAT DE LA MERE ET DE L'ENFANT	TRAITEMENT	Date du chancre par rapport à âge de la gross.
XIV. Chiarliéoni	Primipare Gemellarité 9 mois	Orifice externe du col utérin. Sclérose très étendue	2 jours	Rupture pendant l'accouchement	Scarification sur l'orifice utérin. Forceps. Déchirure de la lèvre droite du col.	1er fœtus meurt. Le 2e est vivant. Mère vivante.	1 mois 1/2	7 mois
XV. Welponer	2e ipare 9 mois	Chancre limité. Hypertrophie de tout le col en bourrellet.	48 h.	Rupture au début du travail	Petites incisions multiples. Forceps. Déchirure du col jusqu'à l'insertion vaginale.	Enfant et mère vivants.	0	9 mois Roséole
XVI Fasola	2e ipare 7 mois	Chancre étendu	46 h.	Rupture prématurée	Débridement. Forceps.	Enfant vivant. 1.500 gr. Mère vivante.	0	7 mois
XVII. Doléris	2e ipare 9 mois	Lèvre antérieure Sclérose étendue	8 h. 35	Rupture à 5 francs	Débridement. Forceps. 2 déchirures du col	Enfant vivant.	6 jours	8 mois 1/2 Roséole
XVIII. Blanc	3e ipare 9 mois	Lèvre antérieure Sclérose étendue	18 h. 30	Rupture au début du travail	Incision du col. Forceps.	Enfant et mère vivants.	0	9 mois
XIX. Champetier de Ribes Bouffes de Saint-Blaise Baudron	1er ipare 9 mois	Face antérieure de la portion vaginale du col	4 jours	Rompues à 0,50	Césarienne conservatrice.	Enfant et mère vivants.	0	8 mois 1/2 Roséole

Résumé des observations. ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

OBSERVATIONS	PARITE DE LA FEMME	ETENDUE ET LOCALISATION DU CHANCRE	DUREE DU TRAVAIL	ETAT DES MEMBRANES	Manœuvres obstétricales	ETAT DE LA MERE ET DE L'ENFANT	TRAITEMENT	Date du chancre par rapport à âge de la gross.
XX. Maternité de Saint-Louis	1er ipare 9 mois	Surface externe du col. Induration très étendue en forme de bague et très marquée					Quelques jours	8 mois 1/2 Roséole
XXI. LANTUEJOUL	1er ipare 9 mois	Chancre circulaire	20 h.	Rompues à 2 fr.	Césarienne vaginale.	Enfant et mère vivants.	0	8 mois Lésions 2e
XXII. REMY	1er ipare	Grande lèvre gauche, infiltration du segment inférieur	47 h.	Rupture prématurée	Grand débridement. Forceps.	Enfant vivant. 3 k. 070. Mère morte.	0	9 mois
XXIII. RUDEAUX	2e ipare	Pas de chancre	3 jours	Rompues dès le début du travail	Hystérectomie. Porro.	Mère et enfant morts.		
XXIV. AUVARD BRINDEAU FEROUELLE	2e ipare	Lèvre antérieure du col	31 h.		Incisions profondes. Forceps.	Enfant vivant, mère morte d'infection à strepto.	0	8 mois
XXV. Dr BALARD	1er ipare âgée de 30 ans 6 m. 1/2	Chancre en bague	Intervent. apr. rupture des membran.	Rupture prématurée	Césarienne basse.	Mère vivante. Enfant, 1 kilo 770, vécut 12 jours.	0	6 mois 1/2
XXVI. Dr MAHON	2e ipare 7 mois	Chancre en virolle	Intervent. au début du travail	Rupture prématurée	Césarienne supra symphysaire.	Enfant de 1.500 grammes mort au bout de 48 heures.	0	7 mois

Dystocie provoquée par le chancre syphilitique pendant le travail

L'effacement et la dilatation du col veulent, pour se produire, des tissus souples et ramollis. Le chancre syphilitique, par son volume, sa localisation et surtout sa constitution fibreuse, joint à l'œdème périphérique, fait obstacle à la dilatation créant une rigidité souvent considérable du col. Maygrier donne la définition suivante de la rigidité : « On doit réserver le terme de rigidité du col à un état spécial dans lequel les parois cervicales et particulièrement les bords de l'orifice externe sont durs, inextensibles, d'où obstacle à l'effacement et à la dilatation du col. »

Cette dystocie est essentiellement une dystocie des parties molles. Nous avons vu que les lèvres du col s'épaississent, s'indurent, s'hypertrophient, que la sclérose s'installe dans les tissus et s'accompagne d'une infiltration cellulaire inflammatoire créant un obstacle mécanique à la dilatation.

Aussi, lorsque le pôle fœtal vient presser contre le segment inférieur, il trouve une résistance anormale et la progression subit un arrêt.

Si le chancre est limité à une partie du col, si la souplesse des parties saines permet une dilatation suffisante, si la femme a subi un commencement de traitement, si le fœtus est petit, l'accouchement peut avoir lieu.

Mais si le chancre est volumineux, s'il entoure le col à la manière d'une bague, si le diagnostic de chancre a été posé trop tard pour permettre un traitement, on court les plus grands risques de ne pouvoir terminer l'accouchement de façon naturelle.

Non seulement le chancre du col peut gêner la marche du travail, mais il existe souvent de façon concommittante des lésions syphilitiques des parois vaginales et de la vulve qui jouent le même rôle. Même le segment inférieur

participe jusqu'à un certain point à cet épaississement, à cette induration, quoiqu'à un degré moindre.

D'autres fois, c'est la friabilité qui domine : la résistance du périnée a été amoindrie par l'existence de ces nappes condylomateuses qui déforment souvent la vulve et qui s'accompagnent d'un état inflammatoire des tissus sous-jacents. Sous l'influence de ces modifications, les tissus supportent mal la pression des parties fœtales qui se trouvent en dégagement.

Comparaison des dystocies

Sur 26 observations, nous trouvons sept accouchements spontanés qui nécessitent cependant de petites incisions du col ou qui s'accompagnent de déchirures, sauf quatre cas. Plus des 2/3 des accouchements furent dystociques.

Quels sont les facteurs qui permettent un accouchement spontané ?

Dans l'observation *Guyot*, Guérin, Dubreuilh : diagnostic précoce au deuxième mois de la grossesse, traitement intensif et prolongé jusqu'à l'acouchement, multiparité.

Dans l'observation de Rudeaux, chancre peu étendu, 15 jours de traitement, petit volume de l'enfant qui pèse 1 k. 540, multiparité (deuxiémipare).

Dans l'observation de Schmid : limitation du chancre à la lèvre antérieure, multiparité (deuxiémipare), déchirure spontanée du col utérin.

Dans l'observation du professeur Joulia : traitement intensif à partir du huitième mois et provoquant de très rapides résultats.

Dans l'observation de Le Bigot : enfant de 2 k. 710, sept jours de traitement, multiparité.

Dans l'observation de Brossart : sclérose plutôt que chancre.

Dans l'observation d'Albert Martin : pas de chancre, déchirure spontanée du col, enfant de 3 kil. 030.

Nous relevons donc par ordre d'importance :

1° faible étendue de la sclérose;
2° durée du traitement antérieur;
3° faible volume du fœtus;
4° multiparité.

Parmi les causes de dystocies les plus fréquentes, il faut noter :

1° l'étendue du chancre et de la sclérose qui l'accompagne;
2° Absence de traitement antérieur ou traitement trop court pour apporter des modifications appréciables.

Marche du travail

Malgré les contractions utérines énergiques, l'effacement est long à se faire ou même ne s'opère pas complètement.

D'autres fois, l'effacement se fait, mais la dilatation du col ne commence pas ou ne dépasse pas un certain degré. Au toucher, le doigt sent dans l'intervalle des contractions, un bourrelet dur inextensible.

Il a la sensation d'une tension extrême.

La poche des eaux se rompt le plus souvent prématurément et elle est elle-même une cause de dystocie, car elle aide normalement à la dilatation du col en appuyant sur l'orifice utérin et en provoquant les contractions utérines réflexes. Si la rupture de la poche des eaux est cause de dystocie pour la mère, elle l'est aussi pour l'enfant dont la circulation fœtale est souvent gênée.

La durée du travail dépend de la plus ou moins grande difficulté d'ampliation du col. Le travail dura 11 jours dans un cas de Putégnat, 2 jours environ dans le cas de Rémy, 31 heures dans l'observation de Férouelle, 8 h. 30

dans le cas de Doléris, 9 heures dans le cas de Le Bigot, 19 heures dans le cas de Blanc, 48 heures dans le cas de Welponer, 24 heures dans le cas de Charléoni.

Le travail n'a de chance d'aboutir que par l'une des voies suivantes :

1° Il reste assez de tissus sains pour suppléer aux parties malades, inextensibles, et grâce aux contractions utérines violentes, le fœtus est expulsé spontanément sans déchirure cervicale.

2° Ou bien l'anneau musculaire sclérosé résiste et le muscle utérin use vainement sa force de contraction et à un moment donné l'inertie utérine s'installe. L'enfant va périr dans la cavité utérine et la mère se trouve exposée au danger de l'infection puisque la poche des eaux est presque toujours rompue. Ou bien le col cède en un ou plusieurs points, ce qui expose à de graves dangers d'hémorragies ou de rupture utérine. Cette hémorragie se distingue facilement de celle qui se produit à la suite d'inertie utérine; car, dans ce dernier cas, l'utérus est flasque et distendu sans contraction. Il en est de même dans le cas d'hémorragie avec rupture partielle du placenta. Cet accident est redoutable, la femme peut succomber comme nous l'avons vu, soit à l'hémorragie, soit à l'infection.

CHAPITRE V

La délivrance. — Les suites de couches

La délivrance. — Elle s'accomplit le plus souvent sans complications. Notons cependant des adhérences anormales du placenta, dues aux lésions cicatricielles d'endométrites syphilitiques. Les lésions constituées dans la première partie de la grossesse peuvent être la cause de fragilité placentaire et, par suite, de rétention de portions de cotylédons ou de caduque hypertrophiée. Un placenta incomplètement décollé, retenu encore à la paroi utérine par des adhérences peut aussi donner lieu à des hémorragies, peut être cause d'infection puerpérale.

La déchirure et la rétention des membranes peut aussi se produire, car la syphilisation rendrait celles-ci moins résistantes.

Les suites de couches. — Se passent aussi sans accidents. Une légère fièvre se rencontre parfois dans les premiers jours, indice peut-être d'une légère infection secondaire. Elle disparaît vite.

Certains auteurs pensent que la syphilis favorise l'infection et que celle-ci présenterait une gravité particulière chez l'accouchée. Cette opinion est exagérée. Il n'y a pas spécialement d'infection chez les syphilitiques.

La détente vasculaire est la conséquence habituelle de la délivrance. Elle fait diminuer puis disparaître rapidement accidents primitifs et secondaires.

Il se produit aussi un relèvement rapide de l'état général.

Lésions des annexes

Placenta syphilitique. — Est hypertrophié. Il atteint fréquemment le poids de 700 à 800 gr.; exceptionnellement 1.500 à 2.000 gr. Le rapport du poids du placenta au poids du fœtus à terme est de 1/6 à 1/7. Dans la syphylis, il est de 1/5 ou de 1/4.

Ces lésions s'observent seulement quand la syphilis est ancienne, au moins contemporaine du début de la grossesse, et lorsqu'elle n'a pas été traitée.

Le placenta syphilitique a un aspect blanchâtre décoloré, une friabilité excessive. Les cotylédons volumineux sont coupés pour ainsi dire par de profonds sillons. Le tout offre un aspect mamelonné que l'on a comparé aux circonvolutions cérébrales. Au microscope, on voit des villosités hypertrophiées et d'intenses lésions vasculaires.

La lésion vasculaire constitue le meilleur symptôme et la signature de la syphilis, les vaisseaux du placenta sont augmentés de volume, d'où hypertrophie des villosités choriales et modification de leur structure comblant les lacs sanguins maternels, d'où trouble de la nutrition et mort du fœtus. Les lésions vasculaires sont surtout localisées au niveau des artères de moyen et de petit calibre : endarterite végétante; parfois, la prolifération des cellules de l'endartère oblitère complètement le vaisseau.

Parfois aussi les parois artérielles sont infiltrées d'une façon diffuse par des amas leucocytaires.

Les lésions des veines sont moins fréquentes et moins accusées : endophibite et périphlébite. Les capillaires disparaissent parfois dans les villosités œdématiées. A parois friables, les capillaires peuvent, par leur rupture, occasionner des hémorragies intra-villeuses.

Les membranes sont souvent épaissies. La couche profonde du chorion contient des infiltrations leucocytaires

disposées par bandes parallèles ou en amas. Mêmes lésions au niveau de la couche sous-épithéliale de l'amnios.

Signalons l'œdème, l'infiltration leucocytaire perivasculaire au niveau de la caduque. Les cellules déciduales paraissent généralement indemnes.

Ces lésions sont responsables de la rupture prématurée des membranes si souvent observée au cours de l'accouchement dystocique. Cinq fois sur douze cas dans nos observations.

Le cordon est souvent gros. On peut sentir des nodosités au niveau des vaisseaux qui présentent des phlébites avec infiltration leucocytaire dans les parois et autour de la veine.

Alors que l'on trouve rarement des tréponèmes dans le placenta à cause de la phagocytose, le cordon en renferme plus fréquemment.

Action du chancre syphilitique du col sur le produit de la conception

La contamination syphilitique a eu lieu après l'accouchement. Cette syphilis post-conceptionelle est dangereuse pour le fœtus. Si elle survient du premier au septième mois, et si l'on n'institue pas un traitement, il y a 85 % d'enfants morts et macérés. Après le septième mois, et cette contamination tardive est souvent réalisée pour que le chancre existe encore au moment de l'accouchement, l'enfant naît vivant présentant des stigmates d'hérédo-syphilis ou apparemment sain. Vichselmamm, en 1903, et Bob, en Allemagne, établirent l'existence de la syphilisation fœtale de l'embryon quel que soit l'âge de la gravidité lors de l'infection de la mère, grâce à la découverte des tréponèmes et au B. W.

Quand l'infection de la mère se produit dans les tous derniers jours de la grossesse, l'infection du fœtus pourrait ne se réaliser qu'au moment de l'accouchement et il faudrait redouter l'infection du passage.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC DU CHANCRE DU COL CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Il est fonction du traitement : le traitement médical intensif toujours indispensable, doit pouvoir suffire quand il est institué à temps ; intervention chirurgicale aussi précoce que possible dans tous les autres cas et toujours complète, c'est-à-dire terminée par l'extraction du fœtus.

L'expectative ou l'intervention insuffisante entraîne un pronostic grave ,tant pour l'enfant que pour la mère. En dehors de cas très spéciaux, tels que le petit volume d'un fœtus à terme ou la limitation étroite du chancre à une faible portion du col, ce dernier doit être considéré comme ne pouvant pas atteindre spontanément à une dilatation suffisante (Lantuéjoul, *Gynécol. et Obstr.* 1920).

Il y a une mortalité élevée, soit du fait d'hémorragie par extension d'une incision cervicale, soit du fait d'infection en cas de travail prolongé. Sept morts sur 32 femmes dans le cas de dystocies colligées par Saias et 15 morts d'enfants. La mortalité infantile est grande et un bon nombre d'enfants nés vivants, mais syphilitiques ou débiles, n'ont pas tardé à succomber.

La déchirure spontanée peut se produire. Il y a menace de déchirure utérine si les contractions sont violentes.

Lorsqu'elles n'intéressent que le col, il n'y a que demi mal, mais elles peuvent s'étendre au corps. Fatigue à cause de la longueur du travail.

Rupture prématurée des membranes et infection.

Accidents possibles : rupture du périnée et déchirure de la vulve infiltrée et hypertrophiée au point de se prêter insuffisamment à l'ampliation nécessaire pour le passage de la tête fœtale.

Pronostic pour le fœtus

Est très réservé. Enfant prématuré.

La rupture des membranes étant prématurée, la compression énergique et prolongée due aux contractions violentes de l'utérus met en danger la vie du fœtus. L'infection du liquide amnotique est une cause de la mort de l'enfant. La syphilis héréditaire possible assombrit le pronostic.

Nous savons que les accouchements dont les suites sont les plus simples sont ceux qui n'ont exigé aucune intervention.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Médical

Sitôt le diagnostic posé, il faut immédiatement instituer un traitement intensif et continu à doses massives. Ce traitement doit être conduit avec une rigueur particulière, car il s'adresse à la fois à la mère et à l'enfant et il doit permettre d'éviter la dystocie au moment de l'accouchement.

En règle générale, on doit traiter la femme enceinte comme si elle ne l'était pas. Cependant, certaines précautions doivent être observées en raison de la fragilité temporaire des émonctoires.

Le travail d'élimination que demande la gestation surmène particulièrement les reins et le foie; il convient donc d'examiner ces différents organes, ainsi que le cœur, les dents, les gencives et d'exercer au cours du traitement une surveillance particulière.

En conclusion :

1° Le traitement médical doit toujours être entrepris, si près du terme que soit la femme. Eviter toutefois de faire une réactivation. Il permettra parfois de pallier au traitement chirurgical et s'il ne le peut, il sera au moins le complément indispensable de ce traitement;

2° Pour être efficace, ce traitement doit être institué le plus rapidement possible.

3° Ce traitement doit être immédiatement énergique.

4° Poursuivi pendant toute la durée de la gestation.

5° Le traitement de toute femme en état de gestation réclame l'étroite liaison entre l'accoucheur et le syphiligraphe.

6° Les meilleurs résultats thérapeutiques sont fournir par l'As et le Bi. Il serait intéressant ici d'employer l'iodure de potassium à cause de son action anti-scléreuse.

Nous n'entrerons pas dans le détail du traitement, qui est celui de la syphilis en général, et qui ne fait pas partie de notre sujet.

7° Une femme suffisamment et régulièrement traitée doit accoucher spontanément et le plus souvent d'un enfant sans lésion.

Résultats du traitement médical

Il est difficile de préciser en combien de temps le traitement modifie le col pour espérer un accouchement normal.

En clinique, les chancres ne sont pas superposables : les uns sont petits, s'accompagnent de peu de sclérose et ne font pas obstacle à l'accouchement. Les autres sont volumineux, circulaires, en virole, entourés d'une grosse induration. La cicatrisation s'opère en quinze jours-trois semaines, mais l'induration persiste des mois et provoque des dystocies. C'est ainsi qu'un chancre récent (obs. I du P^r Joulia) survenu au huitième mois de la grossesse peut permettre un accouchement spontané alors qu'un chancre plus ancien (obs. XXI, de Lantuéjoul), survenu au troisième mois, nécessita une césarienne.

Dans deux de nos observations, le chancre du col avait disparu au moment de l'accouchement :

Observation de Guyot, Guérin, Dubreuilh (II), et l'observation du professeur Joulia (I).

La régression complète des lésions dans ces deux cas s'était produite un mois environ après le début du traitement. Les accouchements furent normaux.

Nous rapportons ici une statistique tirée des observations de la *thèse de Blazy,* Bordeaux, 1930, pour montrer le temps nécessaire à la disparition du chancre après traitement, mais en dehors de la grossesse :

Observation I. — Traitement du 16 février au 5 mars : *17 jours.*

Le 23 février, amélioration considérable. Le 5 mars, le chancre a disparu après cinq injections intra-veineuses de novarsero-benzol.

Observation II. — Traitement du 7 au 28 mai, soit *21 jours.*

La lésion a cédé après la troisième ou quatrième piqûre.

Observation III. — Traitement du 19 octobre au 9 novembre, soit *19 jours,* amenant cicatrisation presque complète.

Observation IV. — Amélioration dès la quatrième injection de N.A.B.

Observation V. — Traitement du 28 août au 9 octobre: guérison complète du chancre en *un mois et demi.*

Observation VI. — Guérison du chancre dès la quatrième injection intra-veineuse; en tout *92 jours* de traitement.

Observation IX. — Traitement du 7 novembre au 10 décembre 1928. Guérison au bout de *trente-quatre jours* de traitement.

Observation X. — Début du traitement le 23 septembre. Le 31 octobre, plus de traces du chancre. Disparition en *huit jours.*

Observation XI. — Traitement du 25 novembre au 19 décembre. Le chancre n'existe plus qu'à l'état de cicatrice légèrement ombiliquée au bout de *vingt-quatre jours.*

Observation XII. — Traitement du 21 novembre au 16 décembre. Au bout de *vingt-cinq jours,* disparition des chancres du col et du vagin.

Traitement chirurgical

Si le chancre du col est étendu, si la femme n'a pas subi de traitement, si le fœtus est de volume normal, l'accouchement ne pourra avoir lieu de façon spontanée.

Les traitements anciens qui consistaient en dilatation manuelle, en incisions cervicales multiples, en application de forceps, en césarienne vaginale de Duhrssen sont à rejeter.

Ils exposent la mère à l'infection, aux déchirures du col et même du corps utérin, aux hémorragies.

Ils ne sont pas sans danger pour le fœtus qui peut succomber à cause de la longueur du travail, ou du fait de ces manœuvres obstétricales elles-mêmes.

Ces divers traitements, malgré leurs inconvénients, ont pu rendre des services en leur temps, mais n'ont plus qu'un intérêt historique, depuis que la chirurgie a à sa disposition la césarienne basse. C'est à elle qu'on devra recourir après avoir fait l'épreuve du travail : On peut la pratiquer sans inconvénient quelques heures après le début du travail, quand les membranes sont intactes ou peu d'heures après la rupture des membranes. L'essentiel est qu'il n'y ait pas d'élévation de la température.

L'hystérectomie ne doit pas être faite car les lésions syphilitiques, même très importantes, guérissent très rapidement après l'accouchement, ce qui contre-indique l'intervention.

Seule, l'infection utérine dicte une pareille conduite : si la rupture de la poche des eaux a eu lieu déjà, depuis un certain temps, l'utérus infecté doit être enlevé par la voie abdominale, surtout si le fœtus est mort et putréfié.

CONCLUSIONS

1° Le chancre syphilitique du col passe souvent inaperçu d'où sa rareté apparente. En réalité, il représente environ 35 à 40 p. 100 des acidents primitifs comptés en général;

2° Il est difficile à déceler, car il n'est ni visible, ni sensible et nécessite un examen approfondi au speculum;

3° Le chancre syphilitique du col revet, pendant la grossesse, un aspect particulier : il est hypertrophié, rouge, chair musculaire ou violet foncé, particulièrement induré, entouré parfois d'une zone de sclérose, et il persiste deux mois et plus. Une fois sur deux il y a absence d'adénopathie inguinale; c'est l'adénopathie pelvienne qui est la règle, mais elle est plus délicate à rechercher (technique spéciale de toucher vaginal de Clément Simon).

Le diagnostic se fera avec deux affections qui ont été fréquemment confondues avec le chancre du col : la métrite d'une part et l'épithélioma d'autre part;

4° Le chancre syphilitique influe sur la grossesse : dans les cas les plus fréquents où le chancre et surtout la sclérose sont limités, l'accouchement se fait spontanément. Dans d'autres, le chancre constitue un obstacle mécanique, empêche la dilatation de se produire ou de se compléter et s'oppose à la sortie du fœtus;

5° Le traitement médical de la mère est celui de la syphilis en général.

Le traitement chirurgical se résout par la césarienne basse, après épreuve du travail; le pronostic maternel et fœtal est, de ce fait, amélioré.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

VU, BON A IMPRIMER,
Le Président,
JOULIA

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Bordeaux, le 2 Juin 1943
L'Inspecteur Général de l'Enseignement Supérieur,
Recteur de l'Académie
André LIRONDELLE

BIBLIOGRAPHIE

R. Beckers. — Syphilis et gestation (*Journées médicales belges,* juin 33; *Le Scalpel,* n. 27). Syphilis et gestation. (*Bruxelles médical,* n. 51, 22 nov. 33).

Le Bigot. — De l'influence du chancre syphilitique du col sur l'accouchement (*Thèse de Paris,* 1899).

Blazy. — *Thèse de Bordeaux,* 1930. Chancre syphilitique du col.

Brossart. — Rigidité pathologique du col (*Echo médical du Nord,* 1905).

Cole et Uselton. — Etude clinique coopérative dans le traitement de la syphilis, dans la grossesse (*The Journal of the American Médical Association,* 8 février 1936, p. 464).

Cord. — Syphilis et grossesse (*The Journal of the American Médical Association,* 13 juillet 1935, p. 89).

Ph. Dalby. — Syphilis et grossesse (*Paris médical,* n. 23, 9 juin 1934, p. 521).

Doléris. — Considérations sur la rigidité de l'orifice utérin. (*Archives de toxicologie,* 1885, n. 20, p. 305).

Encyclopédie M. C. — Dystocie des parties molles maternelles d'ordre syphilitique, feuilles 50-62, p. 4.

Gate. — Syphilis et gestation (*Journal de médecine de Lyon,* 20 mai 1937).

Jeannin-Ecalle. — Influence de la syphilis sur la délivrance et les suites de couches (*Pratique de l'art des accouchements,* par A. Brindeau, 1927, p. 64).

Joulia. — Prophylaxie antivénérienne (Octobre 1935 et *Paris médical,* 7 mars 1936, p. 213).

Fares Assad. — L'examen histo-pathologique du placenta peut-il permettre le diagnostic de la syphilis ? (*Progrès médical,* n° 47, 21 novembre 1936).

Fernet-Faulong. — Le chancre syphiltique au passage (*Paris médical*, n° 10, 6 mars 1936).

Ferouelle. — *Thèse Paris*, 1902. Chancre syphilitique du col de l'utérus, cause de dystocie.

Fournier. — *Traité de la syphilis étudiée particulièrement chez la femme.*

Guyot, Guérin, Dubreuilh. — Chancre syphilitique du col et grossesse (*Bulletin Société d'obstétrique et de gynécologie*, n° 16, p. 452, juillet 1927).

Lantuejoul. — Le chancre syphilitique du col de l'utérus chez la femme enceinte (*Gynécologie, Obstétrique*, tome II, n° 2, août 1920).

Lafont. — La syphilis à la Maternité d'Alger (*La Tunisie médicale*, août 1934, p. 493).

Manuelian. — *Encyclopédie médico-chirurgicale.* Obstétrique, chancre syphilitique du col.

Putégnat. — Dystocie par induration syphilitique (*Journal de médecine de Bruxelles*, juillet 1868).

Pinasseau. — Syphilis congénitale (*Thèse de Paris*, 4 mai 1939).

Rudeaux. — Dystocie par rigidité syphilitique du col (*C. R. de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 19 octobre 1906, p. 222).

Reunions. — *Obstétricole de Lille*, janvier 1913).

Simon (Cl.). — *Bulletin de la Société française de dermatologie*, 1938).

Saïas. — Lésions syphilitiques du col de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1907).

Snoech. — Syphilis et grossesse (*Le Scalpel*, n° 27, 8 juillet 1933, p. 1045).

Vinay. — *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches.*

Vignes. — Traité de la syphilis au cours de la gestation (*Journal des praticiens*, n° 29, 19 juillet 1924).

— Maladies des femmes enceintes.

Oui. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1913.

Notre documentation bibliographique nous a été fournie en partie par le « *Monde médical* », que nous remercions de l'aide qu'il nous a apportée.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction et plan 11

Historique 13

Chapitre premier. — Etiologie 17

Chapitre II. — Etude clinique: symptomatologie.... 20

Chapitre III. — Diagnostic 29

Chapitre IV. — Influence du chancre du col sur l'accouchement 37

Observations 37

Dystocie provoquée par le chancre du col pendant l'accouchement 67

Chapitre V. — La délivrance. Les suites de couches. 71

Lésions des annexes 72

Action du chancre syphilitique du col sur le produit de la conception 72

Chapitre VI. — Pronostic 74

Chapitre VII. — Traitement médical et chirurgical... 76

Chapitre VIII. — Conclusions 81

- Imprimerie -
J. PECHADE
Bordeaux 1943